Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 2 Bogen. Preis vierteljährig 5 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

MÜNCHENER

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Karlstrasse 46. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Landwehrstr. 12. — Für Inserate und Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16.

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

O. Bollinger, München. C. Gerhardt, Berlin. W. v. Heineke, Erlangen. G. Merkel, Nürnberg. J. Michel, Würzburg. H. v. Ranke, München. M. v. Schleiss, München. F. v. Winckel, München. H. v. Ziemssen, München.

№. 35. 28. August 1894. Redacteur: Dr. B. Spatz, Karlstrasse 46. Verlag: J. F. Lehmann, Landwehrstr. 12. 41. Jahrgang.

Originalien.

Ueber Vereiterung von subcutanen Fracturen.

Von Dr. *Krecke* in München.

Unsere heutigen auf Grund zahlreicher klinischer und bakteriologischer Beobachtungen gewonnenen Anschauungen lassen uns mit unumstösslicher Sicherheit annehmen, dass jede Eiterung im Organismus auf dem Eindringen von Infectionserregern beruht, und fordern uns in zwingender Weise auf, auch für jede anscheinend spontane Eiterung die Eintrittspforte an irgend einer Stelle der Haut oder Schleimhaut nachzuweisen. Bei der sogenannten kryptogenetischen Septikopyämie wird sich immer, wenn auch nur in Form einer kleinen Narbe, die betreffende Continuitätstrennung ausfindig machen lassen; die Ursache für die so lange räthselhafte spontane Vereiterung der Schilddrüse muss mit Wahrscheinlichkeit in vielen Fällen in einer Affection des Darmes gesucht werden; die acute eitrige Osteomyelitis hat immer ihren Ausgangspunkt an irgend einer anderen Stelle des Organismus, sei es in einem Panaritium, einem kleinen Furunkel, einer Angina u. dergl. Dass für die Localisation des Eitergiftes an einer bestimmten Stelle gewisse äussere, besonders traumatische Einflüsse, bestimmend wirken, ist selbstverständlich. Besonders für die Localisation der Osteomyelitis sind in vielen Fällen Verletzungen, wenn auch nur leichterer Art, nachgewiesen, und auch im Thierexperiment hat man nach Injection von Eitercoccen in die Blutbahn und gleichzeitiger Contusion oder Fracturirung eines Knochens Eiterung an dem betreffenden Knochen entstehen sehen.

Wenn wir nach einer subcutanen d. h. nicht mit einer Hautwunde complicirten Fractur eine Vereiterung des betreffenden Blutextravasates, unter Umständen mit schweren pyämischen Erscheinungen, auftreten sehen, so müssen wir uns daher ebenfalls immer fragen: von welcher Stelle aus ist der Eitererreger unter Vermittlung der Blutbahn zu dem verletzten Theile hingedrungen? Bei der complicirten Fractur tritt der Eitererreger unmittelbar von aussen her in die Knochenwunde ein und bedingt so die jetzt glücklicherweise äusserst seltenen, in vorantiseptischer Zeit so sehr gefürchteten Eiterungen. Bei der subcutanen Fractur muss das Eitergift von einer mehr oder weniger entfernten Stelle des Körpers aus auf dem Blutwege hergetragen werden.

Glücklicherweise ist die Vereiterung von subcutanen Fracturen heutzutage ein ausserordentlich seltenes Ereigniss; sie ist so selten, dass wir bei der Stellung der Prognose eigentlich gar nicht mit ihr zu rechnen uns gewöhnt haben. Unter 745 Fällen von subcutanen Knochenbrüchen aus der Billroth'schen Klinik (1860 bis 1876) kam es im Ganzen 2 mal zu einer Vereiterung der Fractur mit nachfolgender Pyämie. Und unter 491 Fällen der Billroth'schen Klinik aus den letzten Jahren wurde nach Fabricius[1]) nur einmal ein leichter Fall von Vereiterung beobachtet. Dieser Fall war besonders interessant dadurch, dass von v. Eiselsberg Eitercoccen im Blut nachgewiesen werden konnten. Es handelte sich um eine mit starkem Hämatom verbundene Patellarfractur. Die Temperatur stieg auf 39,0, die Haut über dem Knie röthete sich und die Schwellung nahm zu. Es bestand zu gleicher Zeit ein Panaritium, und bei der Untersuchung des Ohrblutes erhob v. Eiselsberg den eben genannten Befund. Das Hämatom wurde durch Schnitt entleert und gleichzeitig die Patellarbruchenden vernäht; es trat glatte Heilung ein.

Als Ausgangspunkt für die drohende Eiterung war in diesem Fall sicherlich das Panaritium anzusehen. Zur Vervollständigung der Beobachtung wäre es interessant gewesen, auch noch den Eiter des Panaritiums und das Hämatom bakteriologisch zu untersuchen; es ist kein Zweifel, dass man dort dieselben Bakterien gefunden hätte.

In der vorantiseptischen Zeit ist es wohl etwas häufiger zu einer Vereiterung von subcutanen Knochenbrüchen gekommen. Es wird das dadurch bedingt gewesen sein, dass gleichzeitig bestehende, mit Hautwunde complicirte Verletzungen zur Eiterung führten, dass auf diese Weise Eitercoccen in's Blut gelangten und an der Stelle der Fractur abgelagert wurden. Jetzt, wo wir es vermöge unserer vorzüglichen Wundbehandlung weit mehr in der Hand haben eine Eiterung hintan zu halten, bezw. eine ausgebrochene Eiterung zu bekämpfen, muss ein derartiges Ereigniss natürlich sehr selten geworden sein.

Bruns[2]) hat in 2 Fällen die Verjauchung reiner subcutaner Fracturen beobachtet.

In dem ersten derselben handelte es sich um einen kräftigen Mann, der eine subcutane Fractur des rechten Oberschenkels und eine complicirte Fractur des linken Unterschenkels erlitten hatte. Der letztere nahm unter entsprechender Behandlung einen durchaus aseptischen Verlauf. Am Oberschenkelbruch stellte sich dagegen eine starke eitrige Infiltration ein, die trotz ausgedehnter Incisionen am 11. Tage zum Tode führte.

Bei dem zweiten Kranken handelte es sich ebenfalls um die Vereiterung eines Oberschenkelbruches, die trotz der vorgenommenen Amputation den letalen Ausgang verursachte. Neben dem Oberschenkelbruch bestand hier eine Fractur der Tibia und Fibula, und ausserdem, worauf wohl besonderer Werth zu legen, 2 lappenförmige Quetschwunden der Haut.

Bruns hebt mit besonderem Nachdruck hervor, dass bei der Autopsie beide Male ein ausgesprochener Spiralbruch an der Stelle der Vereiterung gefunden wurde. Bei einem solchen Spiralbruch muss sich die Prognose immer weit ungünstiger gestalten als bei den anderen Knochenbrüchen: die scharf zugespitzten Bruchenden können die betreffenden Weichtheile, namentlich die Gefäss- und Nervenstämme verletzen und die Haut durchstechen; die scharfe Spitze des einen Fragmentes dringt in das andere ein und zertrümmert Mark und spongiöse Substanz; ausserdem bestehen immer zahlreiche Fissuren und eine grosse Ausdehnung der Knochentrennung.

Es ist Bruns gewiss zuzugeben, dass die Schwere eines solchen Knochenbruches, besonders die ausgedehnte Verletzung

[1]) Archiv für klin. Chirurgie 47, 1.

[2]) Die Torsionsbrüche der Röhrenknochen. Beiträge zur klin. Chirurgie I, 2.

des Knochenmarkes, zu der Entstehung einer Vereiterung prädisponirt. Die eigentliche Ursache der letzteren muss aber jedenfalls in dem Eindringen der Eitererreger von einer anderen Körperstelle aus gesucht werden. Und in der That waren ja in beiden Fällen offene Verletzungen an anderen Theilen vorhanden, in dem einen Falle 2 Quetschwunden, in dem anderen ein complicirter Knochenbruch. Von dem letzteren wird nun allerdings ausdrücklich angegeben, dass er einen reactionslosen Verlauf genommen hat. Doch darf das unserer Ansicht nach kein Grund sein, an dieser Stelle die Eintrittspforte für das Eitergift nicht zu suchen. An der Wunde selbst können die Eitererreger durch die therapeutischen Maassnahmen in ihrer Entwicklung gehemmt werden, auf die bereits in den Organismus eingedrungenen Bakterien kann man in keiner Weise mehr einwirken. So ist es für uns zweifellos, dass ohne gleichzeitiges Vorhandensein der Hautwunden es bei diesen schweren Spiralbrüchen nicht zur Eiterung gekommen wäre.

Ueber 3 Fälle von Vereiterung subcutaner Fracturen berichtet Steinthal[3]) aus der Heidelberger Klinik.

Der erste der Fälle betraf einen 28jährigen Mann mit einer subcutanen Fractur des rechten Oberschenkels, der schon am ersten Abend eine Temperatur von 40,0 und in den nächsten Tagen hohe Steigerungen bis 41,1 aufwies. Am 25. Tage nach der Verletzung war deutliche Eiterung an der Fracturstelle nachweisbar. Eine Incision, bei der die Fracturenden frei in der Eiterhöhle liegend gefunden wurden, brachte keinen Abfall des Fiebers. Es stellte sich Eiterung im rechten Kniegelenk und am rechten Vorderarm ein, und Patient ging pyämisch zu Grunde.

Im zweiten Falle handelte es sich um eine Patientin mit einer Hüftluxation, die bei den Repositionsversuchen eine Fractur des Schenkelhalses erlitt. Vom 12. Tage ab stellte sich Decubitus und gleichzeitiges abendliches Fieber ein. Nach weiteren 12 Tagen fand man Fluctuation hinter dem Trochanter, ein dortselbst gemachter Einschnitt eröffnete einen Abscess, in welchem sich der nekrotische Schenkelkopf vorfand. Nach $2^1/_2$ Monaten war die Wunde geheilt.

Bei dem dritten Kranken schliesslich kam es nach einer Fractur der Ulna zu einer Ostitis albuminosa an diesem Knochen, und im weiteren Verlaufe zu einer Nekrose der Ulna.

Steinthal weist darauf hin, dass man in allen diesen Fällen eine Infection von einer anderen Stelle des Körpers aus annehmen muss. Mit Bestimmtheit nachweisen liess sich eine solche nicht. Die beiden ersten Kranken litten an Diarrhoen, und daher scheint ihm eine Infection vom Darm aus nicht unwahrscheinlich. Auch eine Infection von der Lunge aus zieht er in den Bereich der Möglichkeit. Uns will scheinen, dass in dem zweiten Fall der begleitende Decubitus für das Auftreten der Eiterung nicht gleichgiltig gewesen ist.

Mit diesen wenigen Fällen ist die Casuistik der Vereiterung von subcutanen Fracturen aus den letzten Jahren erschöpft. Der von Hecker[4]) mitgetheilte Fall von Vereiterung einer subcutanen Fractur des oberen Ulnaendes gehört streng genommen nicht hieher, da es sich hier um eine fungöse Eiterung handelte. Immerhin ist ja auch ein derartiges Vorkommniss von hohem Interesse.

Bei der Seltenheit der Affection möchte ich im Nachstehenden einen von mir beobachteten Fall von Vereiterung einer subcutanen Fractur mittheilen, der in seiner Beurtheilung ausserordentlich einfach liegt.

Hans H., $4^1/_2$ Jahre alt, Spänglerskind von München.

Bei dem schwächlichen und anämischen Kinde wurde am 1. II. 93 wegen mit intermittirendem Fieber und reichlicher Eiterung einhergehender tuberculöser Coxitis die Resection des Hüftgelenks vorgenommen. Bei den Rotationsbewegungen, wie sie zur Lösung der Muskelansätze am Trochanter nothwendig sind, brach plötzlich das Femur zwischen mittlerem und unterem Drittel durch. Die Operation wurde zu Ende geführt und ein immobilisirender Verband von dem Becken bis zur Fussspitze angelegt.

Der weitere Verlauf gestaltete sich in der Weise, dass das Fieber, anstatt abzufallen, noch grössere Exacerbationen machte. Bei morgendlichen Temperaturen von 37,5 bis 38,0 stieg es Abends durchschnittlich auf 39,5, am 5. II. 93 auf 40,4.

Der erste Verbandwechsel erfolgte am 4. II. Die Resectionswunde zeigte ein reactionsloses Aussehen, an der Bruchstelle fand sich eine mässige, schmerzhafte Schwellung, keine Röthung, keine Fluctuation. Das Fieber behielt den gleichen Charakter.

Am 8. II. zweiter Verbandwechsel. Die Schwellung um die Bruchstelle hat beträchtlich zugenommen und ist besonders stark an der Innenseite des Femurs. Hier ist die Haut mässig geröthet und deutliche Fluctuation nachweisbar.

In Narkose wird der Abscess geöffnet. Der in die Abscesshöhle eingeführte Finger dringt auf die freiliegenden Enden der Bruchstücke. An der Aussenseite wird eine Gegenöffnung gemacht und die ganze Wundhöhle mit Jodoformgaze tamponirt.

Am selben Abend erreichte die Temperatur nur 38,0 und hielt sich von da ab, von kleinen Schwankungen abgesehen, auf normaler Höhe. Die Wundhöhle verkleinerte sich allmählich, am Knochen stellte sich reichliche Callusbildung ein, am 10. III. war die Fractur consolidirt und die beiden Wunden vollständig geschlossen.

Die Hüftresectionswunde heilte sehr langsam per granulationem, wegen zweier Fisteln steht Patient, der sich übrigens sehr erholt hat, zur Zeit (Juni 1894) noch in Behandlung.

Die Erklärung dieses Falles ist gewiss nicht schwierig. Bei einem an tuberculöser Coxitis mit lebhafter Eiterung leidenden Kranken, bei dem der Eiterung ausser den Tuberkelbacillen sicherlich auch noch andere Eitermikroorganismen zu Grunde lagen, stellt sich bei der Hüftresection eine Fractur des betreffenden Oberschenkels ein. In den nächsten Tagen entwickelt sich hohes Fieber und ein Abscess an der Fracturstelle. Die Fractur war von der Hüfterkrankung so weit entfernt, dass eine directe Infection per continuitatem auszuschliessen war. Es bleibt da zweifellos, dass bei der Operation Eiterbakterien in die Blutbahn aufgenommen worden sind und an der frischen Fracturstelle zur Entstehung eines neuen Eiterherdes Veranlassung gegeben haben. Ich brauche nicht besonders hervorzuheben, dass es sich an der Fracturstelle um eine gewöhnliche, nicht um eine tuberculöse Eiterung gehandelt hat.

Dass bei Operationen und namentlich bei solchen an der Hüfte gelegentlich von dem Krankheitsherde Bacillen in die Blutbahn aufgenommen werden, ist bekannt. Wohl jedem Chirurgen ist es schon einmal vorgekommen, dass sich im Anschluss an die Resection eines tuberculösen Hüftgelenkes Miliartuberculose bei dem betreffenden Kranken eingestellt hat. Ich muss gestehen, dass auch ich in den ersten Tagen nach der Operation auf Grund der fieberhaften Allgemeinerscheinungen, nachdem ich eine Complication an der Resectionswunde ausschliessen konnte, die Möglichkeit einer Miliartuberculose lebhaft erörterte. Von diesem Gedanken voreingenommen dachte ich überhaupt nicht an eine Fracturvereiterung und so kam es, dass ich mit meiner Therapie eigentlich — ich muss es offen gestehen — etwas spät kam, als sich schon ein grosser Abscess an der Fracturstelle gebildet hatte.

Wenn wir damit auf die praktisch wichtigste Seite der Frage, auf die Therapie zu sprechen kommen, so ist in erster Linie hervorzuheben, dass ein nach einer subcutanen Fractur auftretendes Fieber doch immer den Verdacht einer Vereiterung der Fractur und damit entsprechendes Handeln nahe legen soll. Leichtere Fiebergrade nach subcutanen Knochenbrüchen sind bekanntlich sehr häufig und unter dem Namen „antiseptisches Fieber" wiederholentlich beschrieben. Die Temperatur erhebt sich dabei selten über 39,0, das Allgemeinbefinden ist kaum gestört. Tritt eine Steigerung über 39,0 ein, gesellen sich dazu schwere Allgemeinsymptome, so soll man immer die Möglichkeit einer Vereiterung der Fractur in's Auge fassen. Man nehme alsbald den Verband ab und mache eine genaue Untersuchung der Bruchstelle. Findet man dortselbst vermehrte Schwellung mit Röthung der Haut und Schmerzhaftigkeit, so zögere man nicht, alsbald zu incidiren und den Bluterguss auszuräumen.

Ein gutes Beispiel einer in diesem Sinne richtig geleiteten Therapie bietet uns der von Fabricius (s. o.) mitgetheilte Fall von Patellarfractur. Die Diagnose der drohenden Vereiterung wurde hier noch durch den Befund von Eitercoccen im Blut erleichtert. Zu einer solchen Untersuchung wird sich natürlich in der Praxis nicht immer Zeit und Gelegenheit finden. Sie ist zur Stellung der Diagnose auch nicht unbedingt nothwendig, die örtlichen Zeichen an der Bruchstelle werden die Diagnose immer alsbald stellen lassen.

In unserem Falle hätte bei Berücksichtigung der Möglichkeit der in Rede stehenden Complication die Therapie noch eine frühzeitigere sein können. Auch bei der Durchsicht der

[3]) Deutsche med. Wochenschrift 1887, 21.
[4]) Inaug.-Dissertation, Strassburg 86.

Steinthal'schen Krankengeschichten hat man den Eindruck, als ob die Möglichkeit einer Vereiterung erst sehr spät erwogen worden sei; im anderen Falle würde auch hier wohl eine frühzeitigere Therapie stattgefunden haben. Ich hoffe, durch vorstehende Zeilen von Neuem die Aufmerksamkeit auf die sehr seltene, aber praktisch doch äusserst wichtige Complication gelenkt zu haben.

Ueber Therapie von Neuralgien und Neurosen durch Handgriffe nach Dr. Otto Nägeli.[1])

Von Dr. *O. Ammann* in München.

Vor kurzer Zeit erschien im Verlage von Karl Sallmann eine Broschüre von Dr. Otto Nägeli in Ermatingen über die Therapie von Neuralgien und Neurosen durch Handgriffe. So skeptisch ich anfangs dieser sich als neu einführenden Behandlungsmethode gegenüber stand, so habe ich doch durch angestellte Versuche gefunden, dass die Sache wohl der Beachtung werth sei.

Gestatten Sie mir desshalb, Ihnen Einiges über Dr. Nägeli's Handgriffe, über das, was Aehnliches vorher bekannt war, und über meine Idee über diese Sache vorzutragen.

Der erste Griff, von dem Dr. Nägeli spricht, ist der sogenannte Kopfstützgriff. Er wird so ausgeführt, dass man von rückwärts her an dem sitzenden Patienten mit beiden Händen den Kopf fasst und in die Höhe hebt, ohne die grossen Gefäse am Halse zu comprimiren. Nach Nägeli beträgt die Streckung des Halses zwischen $1^1/_2$ und 5 cm. Es ist ziemlich plausibel, dass bei einer derartigen Verlängerung des arteriellen Blutzuflusses ohne Verhinderung des Abflusses ein minder grosses Blutquantum in die Schädelhöhle kommt; man sieht auch, dass während des Griffes ein vorher geröthetes Gesicht blass wird, ganz ähnlich wie eine aufgehobene Hand gegenüber der herabhängenden blass erscheint. Nägeli behauptet, dass dieser Griff bei Gehirnhyperämie und Congestionen nach dem Kopf besser ableitend wirke als kalte Umschläge, Eisblase auf den Kopf, Ableitung auf den Darm oder selbst ein Aderlass.

Die Streckung des Halses und der Wirbelsäule therapeutisch zu verwenden ist gewiss nicht neu, indem ja Charcot und nach ihm eine Menge Anderer verschiedene Rückenmarkserkrankungen durch Suspension in der Sayre'schen Schwebe behandelt haben. Auch in Schweden wurden von Branting und Anderen ähnliche Einwirkungen versucht. Branting räth sogar, Leute die zu Congestionen neigen, auf den Kopf zu stellen, ausgehend von der Idee, dass, da die Gefässwandungen elastisch sind, eine plötzliche starke Extension eine ebenso starke Contraction zur Folge haben müsse und man so nach und nach durch Uebung der elastischen Fasern der Gefässwandung eine bleibende Verengerung der Gefässe erzielen könne, und erzählt auch hievon recht hübsche Erfolge. Ich glaube aber, dass er bei der doch ziemlich schwierigen Manipulation nicht sehr viele Nachahmer finden dürfte.

Ich selbst kann über den Kopfstützgriff nur sagen, dass ich bei Patienten mit jahrealtem congestivem Kopfweh jedesmal nach dem Handgriff ein deutliches Erblassen und Verminderung des Schmerzes constatiren konnte und dass ich Kopfschmerzen, veranlasst durch Congestionen zum Kopf kurz vor dem Eintritt der Menstruation, die gewöhnlich einen vollen Tag dauerten, mehrere einzelne Male durch den Griff beseitigt habe.

Da Kopfweh doch immer sehr unangenehm und ich kein anderes so prompt wirkendes Mittel kenne, war es mir oft sehr angenehm den Griff anwenden zu können.

Beruht chronischer nervöser Kopfschmerz auf nicht incurabler Basis, so findet man oft schmerzhafte Punkte an den Nervenaustrittsstellen an dem Schädel, am Periost, hyperästhetische Hautstellen oder Verdickungen und Schwellungen in der Muskulatur besonders am Nacken.

Nägeli wendet in solchen Fällen wie die schwedische Heilgymnastik eine Art Massage an. Während aber bei der Kopfbehandlung der Heilgymnastik mehr durch Druck auf die Nerven eine Nutritionsveränderung im Nerven erzielt werden soll, erstrebt Nägeli dasselbe mehr durch Zug, er nennt diese Behandlung Nervendehnung oder Etirage, wobei er eine Hautfalte aufhebt und dieselbe mehr oder weniger lang gedehnt erhält.

Auch an anderen Körperstellen wirkt der Zug schmerzstillend auf die Nerven, wie ich einige Male bei Mastodynie gesehen, wo ich durch denselben die Schmerzen stets auf mehrere Wochen beseitigen konnte. Doch das nur nebenbei.

Der zweite Griff ist der Kopfstreckgriff oder das Redressement, welcher darin besteht, dass der Kopf des Patienten von vorne her ziemlich weit nach rückwärts gestreckt wird, wodurch nach Nägeli die Halsnerven und Gefässe bedeutend gedehnt würden und dadurch eine noch stärkere und raschere Ableitung des Blutes vom Kopf und Gehirn erzielt werde als durch den Kopfstützgriff, was sich oft deutlich durch Schläfrigkeitsgefühl und Schwindel, sowie manchmal durch Ohnmachtsanwandlungen bemerkbar macht.

Meine Patienten liebten den Griff nicht besonders und wende ich ihn, seit ich wirklich eine Ohnmachtsanwandlung auftreten sah, möglichst wenig (nervöse Zahnschmerzen) an, mir hat bisher stets der vorhergehende Griff genügt.

Nägeli empfiehlt ihn besonders bei hyperämischem Kopfschmerz und bei Algieen des 3. Trigeminusastes, also bei nervösen Zahnschmerzen, hauptsächlich auch Gravider, verbunden mit dem später zu erwähnenden Zungenbeingriff, sodann bei Infraorbitalneuralgie und intermittirendem Gesichtsschmerz. Selbst bei einigen Fällen von Migräne, die er auf Blutcirculationsschwankungen im Inneren des Schädels zurückführt, habe er befriedigende Resultate aufzuweisen.

Wir kämen jetzt zum dritten Griff, dem Kopfknickgriff. Er wird ausgeführt, indem der Arzt hinter dem Patienten stehend dessen Kopf mit beiden Händen erfasst und, während er seine Arme gegen die Schultern desselben anstemmt, ihn stark nach vorne beugt unter Ausdehnung des Halses. Er bewirkt nach Nägeli eine verstärkte schnellere arterielle Blutzufuhr nach dem Gehirn und zwar ohne Hemmung des venösen Rückflusses. Nägeli erklärt das nach rein statischen Principien, indem dadurch dass der Kopf nach vorwärts gebeugt wird, das arterielle Blut nicht der Schwere entgegen so hoch nach oben gepumpt werden muss, sondern während des Griffes ein horizontales oder sogar nach unten inclinirtes Strombett habe, woraus man sicher auf einen erleichterten Zufluss des arteriellen Blutes schliessen darf, somit, da eine Behinderung des Abflusses nicht besteht, eine Durchspülung des Gehirns mit arteriellem Blute stattfinde.

Waren die beiden vorhergehenden Griffe bei Congestionen nach dem Kopfe und Hyperämie des Gehirns verwendbar, so eignet sich dieser hauptsächlich zur Anwendung bei Gehirnanämie und den durch sie veranlassten Leiden, wie chronischen anämischen Kopfschmerz, Schwindel und Ohnmachtsanfällen.

Auch in der Heilgymnastik und durch Andere wurde bei Gehirnanämie auf eine Blutfüllung des Schädels hingearbeitet, was aber durch eine Compression der Vena jugularis zu erzielen versucht wurde. Es schwanden zwar bei dieser Behandlung verschiedene Krankheitssymptome, es wurde diese Methode aber wegen der Gefahr einer Apoplexie sehr bald wieder verlassen. Nägeli's Handgriff hat sicher den ungestörten Blutabfluss voraus und kann ich gerade die Wirkung des Kopfknickgriffes an einer meiner Patientinnen gut erläutern:

Patientin, 39 Jahre alt, anämisch, hatte eben eine schwere Pleuritis, in deren Verlauf sie mehrere Male punctirt worden war, überstanden. Ihr Ernährungszustand war ein schlechter, ihr Appetit minimal, dazu hatte sie wahnsinnige Kopfschmerzen, welche allerdings schon von Kindheit her datirten, aber in der letzten Krankheit sich bis ins Unerträgliche gesteigert hatten. Fieber hatte die Patientin, als ich sie in Behandlung bekam, keines mehr. Sie erzählte mir mit halbgeschlossenen Augen ihre Krankengeschichte mit sichtlicher grosser Anstrengung und da sie als momentanes hervorstechendstes Symptom den Kopfschmerz bezeichnete, so versuchte ich, da ich eben Nägeli's Buch gelesen hatte, ich muss sagen mit sehr wenig Vertrauen, und ohne dass Patientin eine Ahnung hatte von dem, was ich beabsichtigte, den Kopfknickgriff. Ich war wirklich erstaunt über die erzielte Wirkung. Das Kopfweh, das 25 Jahre ohne Unterbrechung gedauert hatte, schwand und blieb am ersten Tag ca. 4 Stunden aus. Patientin konnte die Augendeckel, die vorher wie mit Blei eingegossen waren, öffnen und fand sich sehr erleichtert. Durch den Erfolg ermuntert fügte ich in Zukunft dem Griff systematische Uebungen nach den Grundsätzen der schwedischen Heilgymnastik an und gelang es mir hierdurch die Vitalenergie so weit zu heben, dass die Patientin, welche von mehreren Collegen als einem dauernden Siechthum verfallen angesehen wurde, das Bett verlassen konnte.

Dieser Fall illustrirt auch den Nutzen methodischer Uebungen nach dem Ueberstehen schwerer Krankheiten, indem dadurch Schwächezustände, deren man anderweitig kaum Herr zu werden vermag, in verhältnissmässig kurzer Zeit gehoben werden.

Dass es sich bei diesen Kopfschmerzen wirklich um anämisches Kopfweh gehandelt hat, glaube ich dadurch beweisen zu können, dass nach dem jedesmaligen Blutverlust durch die Menses die Kopfschmerzen sich vermehrten und zwar in um so höherem Grade, je stärker die Blutung gewesen war, und erst im Laufe der nächsten Woche sich wieder nach und nach verminderten.

Ich glaube dieser Fall zeigt ziemlich deutlich die Wirkung des Griffes.

Der nächste Griff ist die Elevation des Zungenbeins oder der Zungenbeingriff.

Er ist wohl der wichtigste von allen, von denen Nägeli spricht. Die Ausführung besteht darin, dass man mit beiden Daumen das Zungenbein fasst und sanft in die Höhe hebt, was 5—12 mm hoch möglich sein soll. Nach Nägeli soll man hiedurch in der Lage sein, jeden nervösen Brechreiz und jede Würgebewegung zu unterdrücken. Die Wirkung erklärt derselbe aus dem Brechmechanismus.

Ich muss dazu ein klein wenig weiter ausholen.

Bei zunehmendem Brechreiz werden in kurzen Intervallen fortwährend Speichel und Luft geschluckt, so dass sich der Magen prall

---

[1]) Vortrag, gehalten im ärztlichen Verein München.

mit Luft anfüllt. Der Brechstoss beginnt zuerst bei offener und dann bei geschlossener Glottis; während durch die Musculi Geniohyoidei und Sterno-hyoidei Kehlkopf und Zunge nach vorne gezogen werden, so werden die Widerstände im oberen Oesophagus und Rachen beseitigt. Durch den Glottisschluss hört die Respiration auf, das Zwerchfell bleibt daher contrahirt und fixirt und seine die Cardia erweiternden Fasern öffnen den Magenmund, so dass dann die ganze Speiseröhre quasi offen ist und es nur eines kräftigen Stosses der Bauchmusculatur bedarf, den Mageninhalt im Strahle durch den Mund herauszuschleudern. Als Coordinationscentrum für den Brechact wird eine Stelle in der Medulla-oblongata angenommen, als Vermittler zwischen diesem Centrum und der beim Brechen betheiligten Musculatur sieht man den Vagus oder Splanchnicus an; auch durch directe Reizung des Brechcentrums kann Brechen erzeugt werden. Durch den Zungenbeingriff wird erstens das Luftschlucken und die Pumpbewegung des Schlundkopfes unmöglich. Es wird aber auch durch die Elevation des Zungenbeins der Glottisverschluss aufgehoben, ganz ähnlich wie durch das Vorziehen des Unterkiefers in Narkose und der Contraction der Sterno- und Genio-hyoidei, sowie der Sterno- und Hyo-thyreoidei direct entgegengewirkt, so dass der Oesophagus nicht nur nicht geöffnet, sondern geradezu verschlossen wird. Es wird aber nach Nägeli durch das Heben des Zungenbeins auch ein directer Reiz auf den Vagus ausgeübt, welcher in Form einer Nervendehnung am Nervus laryngeus inferior des Recurrens zu Stande kommen muss.

Dieser Griff beseitigt vor Allem hysterisches Erbrechen, alsdann den Vomitus gravidarum, denen man sicher damit einen so grossen Dienst erweist, dass dies allein den Versuch schon rechtfertigen dürfte, dann das Erbrechen in Narkose sicherer als das Vorschieben des Unterkiefers und auch den gewöhnlichen Brechreiz. Nägeli hebt besonders auch den Werth des Griffes nach Laparotomien hervor, nach welchen ja eintretende Würgbewegungen recht unliebsame Complicationen veranlassen können.

Zum Schluss kommt er auf einen Controlversuch mit Apomorphin, indem er nach einer Injection von 0,006 Apomorphin in Lösung das Erbrechen durch den Zungenbeingriff hintanhalten konnte. Obwohl Arzt und Patientin bereits das deutliche Gefühl hatten, dass der Speisebrei bis zum oberen Abschnitte des Oesophagus gelangte, ging er von dort aber wieder zurück. Mir ist ausser dem Vorschieben des Unterkiefers in Narkose eine ähnliche Beeinflussung des Erbrechens nicht bekannt geworden und kann ich nur sagen, dass ich mehrere Schwangere, die an heftigem Erbrechen litten, dadurch, dass ich sie diesen Griff selbst ausführen lehrte, von diesem lästigen Symptome befreite.

Auch den Globus hystericus und die Aphonia nervosa hat Nägeli in mehreren Fällen durch den Zungenbeingriff beseitigt.

Nägeli spricht dann noch von Magenkrampf, Intercostalneuralgie, Mastodynie, Neuralgia lumboabdominalis, Coccygodynie, Neuralgie in den unteren Extremitäten, die er alle durch Ausdehnen oder Ausziehen der betreffenden Nerven- und Muskelpartien mehr oder minder beeinflusst habe. All diese Leiden wurden schon lange erfolgreich mit Heilgymnastik behandelt, nur dass von den Schweden, wie gesagt, mehr Gewicht auf den Nervendruck, von Nägeli mehr auf deren Dehnung gelegt wird.

Auch von einem Keuchhustengriff ist die Rede, der ganz genau dem Vorschieben des Unterkiefers in Narkose entspricht und wodurch der Verfasser mit Erfolg die Anfälle coupirt hat. Ich erfahre aus Schweden, dass dort dieselbe Wirkung dadurch erzielt wird, dass man die Kinder am Boden knieen lässt, ihnen von rückwärts die Arme in die Höhe zieht und so den Thorax in Inspirationsstellung erhält. Es handelt sich demnach bei Coupirung der Anfälle wohl um eine Verhinderung der extremen Exspiration und des Kehldeckelverschlusses.

Aus dem Gesagten ergibt sich, dass Dr. Nägeli's Handgriffe eine recht brauchbare Bereicherung der Mechanotherapie darstellen und wohl werth sind, von den Collegen beachtet und eventuell auch versucht zu werden; wollte man aber die Wirkung dieser Griffe, wie das versucht wurde, auf Suggestion zurückführen, dann gibt es überhaupt keine mechanische und sehr wenig medicinische Therapie, sondern fast nur Suggestion, was wohl mit unserer medicinischen Wissenschaft nicht gut vereinbar wäre.

Eine besonders wirksame Art der Fussgelenksdrainage.

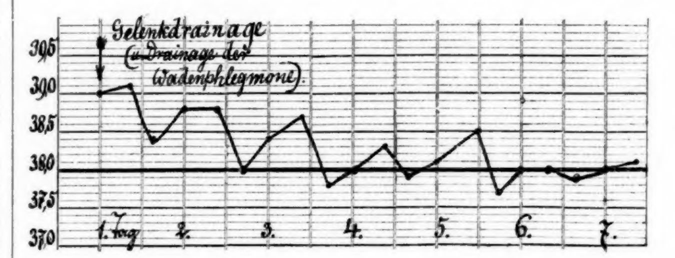
Von *Rotter*, Oberstabsarzt.

Bei den traumatischen Gelenkeiterungen ist die Besorgung ungehinderten Secretabflusses die Hauptindication. Ihr zu genügen, scheut man breite Eröffnungen mit Resectionen etc. nicht; sollen einfache Incisionen sie erfüllen, so gilt es für diese mit Umsicht die Stellen auszudenken, wo die Bedingungen zu freiem Abfluss die günstigsten. In vielen einschlägigen Affectionen des Fussgelenkes dürfte auf die in nachstehendem Falle angegebene einfache Weise dieses Ziel am ausgiebigsten erreicht werden.

52jähriger schwächlicher Mann, Taglöhner in einem Militäretablissement, hatte 12 Tage, bevor er in Lazarethbehandlung trat, durch Auffallen eines Baumstammes auf die äussere Seite des Unterschenkels eine complicirte Luxation im Talocruralgelenke erlitten: der Tibiaknöchel war von seinem Bandapparate abgerissen, hatte die Weichtheile vor dem M. tibial. postic. zerrissen und war, im Ganzen unfracturirt und nur an seinen Rändern geringgradig defect, in einer Länge von 4 cm zu Tage getreten gewesen. Die Fibula war dabei an typischer Stelle, etwa 4 cm oberhalb ihres Knöchels, complet fracturirt. Diese offene Luxation war primär reponirt, die Weichtheilwunde durch Situationsnähte vereinigt, das Gelenk in Volkmannschiene immobilisirt worden. Im weiteren Verlaufe war letzteres septisch geworden und hatte sich von ihm aus eine Unterschenkelphlegmone entwickelt.

Bei der Lazarethaufnahme wurden die Abscesse und Infiltrationen der letzteren ausgiebig incidirt und drainirt, dessgleichen stets zeitig im weiteren Verlaufe. Für das Gelenk aber ergab sich nach Ausspülung seines zersetzt riechenden, dünnflüssig eitrigen Inhaltes aus der unterhalb des Tibiaknöchels befindlichen 4 cm langen, nach oben leicht concaven primären Weichtheilwunde die folgende, bis jetzt nirgends beschriebene Drainage in der einfachsten Weise. Da derartig hinfällige Schwerkranke erfahrungsgemäss weitaus am meisten auf dem Rücken liegen, so wurde die gekrümmte Kornzange unter leichter Pronation des Fusses durch die vorliegende Wunde ein- und über die Talusrolle hin ohne viele Schwierigkeit durch die Gelenkshöhle hindurchgeführt, die hintere Wand der Gelenkkapsel bis unmittelbar neben den lateralen Rand der Achillessehne vorgedrängt und sammt den vor ihr befindlichen Weichtheilen von aussen auf die Kornzange 2 cm lang incidirt. Ein nun auf dem Wege der Kornzange durch das ganze Gelenk hindurchgeführter (einfach in Rotterinlösung desinficirter) Mulldocht wurde vorsichtshalber und weil von selbst sich neben ihm genügend Platz darbot, combinirt mit einem starkwandigen Gummidrain, der von der Hautincisionswunde bis an die Incision der Gelenkkapsel hineinreichte. Es war nun ein ganz bestechender Anblick, wie schön vertical nach abwärts die Richtung beider bei aufgelegtem Unterschenkel verlief. Immerhin wurde noch ein zweiter gleichbehandelter Mulldocht von der ursprünglichen Wunde aus quer durch den vorderen Theil der Gelenkshöhle, hinter den Extensoren hin und durch eine zweite Incision der Weichtheile vor dem Fibulaknöchel oberhalb des Ligamentum talofib. antic. herausgeführt. Immobilisirung in gefenstertem Gypsverbande, Suspension.

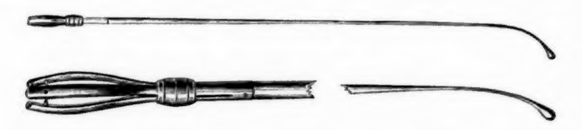
Der Effect dieser Gelenkdrainage war ein vollkommener, wie beistehende Temperaturcurve (Fig. I) sowohl, als die spätere Section des



Gelenkes bewies, nachdem am 12. Lazarethbehandlungstage wegen einer die Wadenphlegmone complicirenden partiellen Gangrän und von dieser aus drohenden allgemeinen Sepsis die hohe Unterschenkelamputation hatte vorgenommen werden müssen. Das Gelenk enthielt jetzt gerade nur so viel Eiter, als den ableitenden Mulldocht füllte und zwar von schöner rahmiger Qualität, die Synovialis war frei von stärkerer Vascularisation und Trübung, die Knorpel waren nur theilweise gelblich verfärbt, aber ohne jeden Glanzverlust oder Auflockerung.

Dieses eclatante Resultat veranlasste die Prüfung des Verfahrens an der Leiche auf seine Verallgemeinerung und Verwendbarkeit auch solchen Gelenkeiterungen gegenüber, welche nicht durch Wunden complicirt sind, wie sie bei Pyämie, acutem Gelenkrheumatismus, Erysipel, Typhus etc. vorkommen, und thatsächlich scheint sich dasselbe zu eignen. Man lässt z. B. am Cadaver das ganz normale Fussgelenk durch einfache Extension geradeaus distrahiren und incidirt dasselbe hart an dem vorderen Rande des Tibiaknöchels medialwärts von der Sehne des M. tibial. antic. — wo sich an dem normalen Gelenke eine Vertiefung zeigt, bei Erguss aber Fluctuation — durch das oberflächliche Lig. tibionaviculare mittelst einer nur 3 cm langen Weichtheilwunde. Bei deren Anlage an dieser Stelle wird nichts Bedeutendes verletzt, auch der vielleicht gefährdete Ursprung der V. saph. m. aus dem Rete dorsale ped.

in dem lockeren fettfreien Bindegewebe leicht vermieden. Nun lässt sich eine starke Sonde ohne Gewaltanwendung und ohne Knorpelverletzung über die Talusrolle hinweghebeln an die hintere Kapselwand und dann diese schlaffe Wand leicht an den lateralen Rand der Achillessehne hin- und dem contraincidirenden Messer entgegendrücken. Benutzte man eine Oehr- oder comfortabler die schöne Lauenstein'sche Dochtsonde (Fig. II, Katsch-München), so ist der Mulldocht sofort eingezogen und der wichtige Eingriff rasch und auf die schonendste Weise vollendet.



Das Verfahren passt demnach für die einfachen Fälle wie für Tunnelirungen und Resectionen, bei traumatischen Fussgelenkseiterungen für die Prophylaxe wie Behandlung. Es hat drei grosse Vorzüge: ist sehr schonend, indem die Sehnen und Sehnenscheiden der Nachbarschaft beiderseits vermieden, Nn. saphenus, cruralis und A. mall. ant. leicht verschont bleiben, und bei ihm die Knochen oftmals operativ intact gelassen werden können, wie in dem hier beschriebenen Falle. Ferner ist durch dasselbe die Erfüllung der wichtigen Indication technisch so leicht auszuführen, dass auch für einen vielleicht in Chirurgie weniger geübten Praktiker alles Risiko entfällt. Und schliesslich der grösste Werth dieses Verfahrens: die eclatante Wirkung dieser Art von Drainage ist aus rein physikalischen Gründen ganz selbstverständlich und zuverlässig.

Allerlei Casuistisches aus der Ohrenabtheilung der chirurgischen Poliklinik zu München.

Von Docent Dr. *Haug*.

Vorbemerkung: Unter dem Titel „Allerlei Casuistisches“ gedenke ich von Zeit zu Zeit über eine Reihe der verschiedenartigsten Fälle zu berichten, die in specieller Rücksicht auf den Allgemeinpraktiker ausgewählt sind aus dem poliklinischen und privaten Materiale; rein „specialistische“ Fälle sollen darin nicht oder möglichst selten erörtert werden.

I. Fremdkörper in der Paukenhöhle.

Am 10. III. 94 wurde mir das 2½ jährige Bauerskind M. S. in die Klinik gebracht mit der Angabe, das Mädchen habe sich vor circa 6 Tagen eine Rosenkranzperle in das linke Ohr geschoben. Es seien hierauf von dem zu Hilfe gerufenen Arzte Extractionsversuche gemacht und abwechselnd auch ausgespritzt worden; nach vielen, langen erfolglosen Bemühungen, während derer es zu recht starker Blutung gekommen sei, gab der Arzt den Rath, das Kind uns in die Klinik zu bringen, da den Körper jetzt nur mehr ein Specialist herausbringen könne.

Bei der Untersuchung des durch die vorausgegangenen Versuche naturgemäss sehr unruhigen Kindes, das überdies in den letzten Tagen stark gefiebert und auch gebrochen hatte, findet sich der linke Meatus ziemlich stark geschwollen, aufgeschunden. In der Tiefe lagert ein bräunlich schwarzer Klumpen geronnenen Blutes; die Wandungen selbst sind mit einer leichten Eiterlage bedeckt.

Nach Ausspülung und sorgfältiger Austrocknung des Gehörganges findet sich nach vorne unten zu ein pulsirender Lichtreflex auf haemorrhagischem Secrete; das Trommelfell, tief dunkelroth in den oberen Partien, zeigt in dem ganzen vorderen unteren Segmente eine ausgedehnte Zerreissung und sieht an der inneren Grenze des hintern untern Quadranten eigenthümlich blauschwarz, ausgebaucht aus. Von einem Fremdkörper selbst ist nichts zu sehen.

Die Sondenuntersuchung ergibt an der genannten Stelle eine sehr feste Resistenz. Das jetzt vorgenommene Politzer'sche Verfahren fördert ein ganz exquisit traumatisches Perforationsgeräusch in nicht zu missdeutender Weise zu Tage. Unmittelbar darnach finden wir, nachdem das ausgeblasene Blut wieder abgetrocknet war, jetzt an der genannten Stelle einen dunkelschwarzen Körper und der graurothe Lappen des Trommelfells ist theilweise nach oben hinaufgeschlagen; er war bisher vor dem Fremdkörper gelegen und hatte ihn, wodurch das eigenthümliche Farbenbild erzeugt worden war, bislang zugedeckt gehabt; durch die Luftdouche war er weggerissen worden.

Auch ergab die nun eingeführte Sonde mit absoluter Sicherheit, dass es sich nicht etwa um das Promontorium, sondern wirklich um einen Fremdkörper handelte, der sich mit der Sonde nicht bewegen liess und eine steinharte Consistenz besitzen musste.

Es handelte sich also um einen durch das Trommelfell durchgetriebenen, in der Paukenhöhle festgekeilten Fremdkörper, dessen Entfernung in Anbetracht der bereits vorhandenen Reizungssymptome von Seite des Gehirns nicht aufgeschoben werden durfte, während ja sonst oft genug die Indication zur sofortigen Entfernung absolut keine dringende ist, und gerade in dieser Beziehung wird sehr oft viel zu voreilig manipulirt.

In tiefster Narkose werden nun nochmals Einspritzungen versucht; ich thue das aus Princip bei jedem Fremdkörper, weil erfahrungsgemäss da auch noch eine grosse Anzahl von Fremdkörpern herausgebracht werden kann, die vorher, solange das Kind noch Widerstandsbestrebungen machte, absolut erfolglos gewesen waren.

Ich musste mich jedoch in Bälde überzeugen, dass hier damit jetzt nichts zu erreichen sei. Dass durch Lufteinblasungen von der Tube aus eine Mobilisirung nicht möglich sei, darüber hatte ich mich schon vor der Narkose überzeugt; ebenso liessen sich bei dem kleinen Kinde keine Masseninjectionen durch den Tubencatheter ausführen, ganz abgesehen davon, dass bei der Lagerung der Patientin leicht ein Theil der Spülflüssigkeit durch den Aditus in's Antrum hätte gelangen können. Auch von einer Aspiration durch den Meatus vermittelst eines bis auf den Fremdkörper aufgesetzten Gummischlauches, an den eine Spritze behufs Luftverdünnung gesetzt war, war wie vorauszusehen, nichts zu erhoffen bei leichterem Zuge und ein sehr starker durfte nicht angewandt werden bei der an und für sich schon colossalen Hyperämisirung und Neigung zur Blutung.

Eine Anleimung, die ja überhaupt sehr problematisch ist, liess sich hier, schon wegen der Flüssigkeitsverhältnisse, nicht versuchen.

Am liebsten hätte ich, da es sich ja der Wahrscheinlichkeit nach um eine perforirte Glasperle handelte, eine Laminariasonde durchgesteckt; aber das ging nicht, weil man das Loch, das mit Cruor, wie die ganze Perle, überdeckt war, sich nicht zu Gesicht schaffen konnte. Auch der Polypenschnürer erwies sich als nicht geeignet.

Anderweitig fassen liess sich der Körper als steinharter und ganz glatter, absolut festgekeilter, von vorneher natürlich auch nicht, so dass hiemit gar keine Zeit vertrödelt wurde.

So ging ich denn mit einem kleinen schmalen schlanken Löffelchen längs der hintern untern Gehörgangswand nach hinten, schob den Trommelfelllappen ganz in die Höhe; nun drückte ich den Löffel mit der convexen Rückseite gegen das Promontorium und gelangte so mit ihm, während eines kurzen drückenden Abwärtsgleitens, zwischen den Fremdkörper, so dass er in die Höhlung des Löffels zu liegen kam. Nun eine kurze Senkung des Stieles, der Löffel hinten wird vom knöchernen Promontorium gestützt, und jetzt wird der Körper deutlich locker; noch einen kurzen Hebeldruck und er ist aus der Paukenhöhle durch die Trommelfelllücke glücklich wieder in den Gehörgang herausgebracht. Jetzt genügt noch eine leichte Ausspülung, um den mobilen Fremdkörper uns vor Augen zu führen: wir hatten eine mittelgrosse, blaue, breit durchbohrte Glasperle in der Hand.

Nach sorgfältiger Trocknung wird der Trommelfelllappen möglichst in seine Lage gebracht, und einfach tamponirt. — Die meningealen Reizerscheinungen hörten nach der Entfernung auf.

Wie vorauszusehen war, stellte sich in der Folgezeit eine Otorrhoe ein, die jedoch in verhältnissmässig kurzer Zeit völlig zur Ausheilung gelangte.

Nebenbei sei noch erwähnt, dass bei der Untersuchung des andern Ohres sich der Gehörgang desselben ebenfalls als durch einen Fremdkörper verschlossen erwies. Er liess sich sofort durch den ersten leichten Spritzenstrahl entfernen und entpuppte sich als ein absolutes Pendant des bereits vorher aus der ersten Seite weggeholten: die gleiche blaue Perle. Sie war eben bislang noch nicht bemerkt und in Folge dessen auch nicht in der unsinnigen Weise wie die andere verfolgt worden.

Es wird wohl selten durch einen einzigen Fall in gleich lehrreicher Weise die enorme Schädlichkeit und Gefährlichkeit unzeitiger und ungeeigneter instrumenteller Extractionsversuche illustrirt und gleichzeitig die absolute Verlässigkeit der Spritze bei intacten, noch keinen Berührungen ausgesetzten Fremdkörpern dargethan. Die Spritze ist und bleibt für die Fremdkörper, in specie für die bis jetzt noch unberührten, das souveräne und dabei absolut gefahrlose Entfernungsmittel. Dagegen wird gewöhnlich meist der erste Extractionsversuch mit einer Pincette gemacht; mit ihr glaubt man des Körpers am ehesten habhaft zu werden und doch ist dieses Verfahren ein ganz verfehltes. Man könnte sich doch wahrhaftig, bei nur einer gelinden, einfachen Calculation sagen: der glatte, harte Fremdkörper, der dem Instrumente gar keinen Anhaltspunkt bietet, muss mit absoluter Sicherheit den sich zusammendrückenden Branchen entgleiten, er muss dadurch nur tiefer, bis in die ominöse, vor dem Trommelfelle gelegene Nische geradezu hineingejagt werden!!, trotzdem wird doch immer wieder ohne alle Ueberlegung nach der unheilvollen Pincette gegriffen! Wäre

gar nichts geschehen von Anfang an, so hätte das dem Kinde gewiss weniger geschadet, als die Fremdkörper von „Stahl und Eisen" (v. Tröltsch); denn die völlig harmlosen runden Glasperlen wären wahrscheinlich von selbst beim Schlafe oder bei sonstiger Gelegenheit herausgefallen; höchstens hätten sie sich mit der Zeit mit einem Cerumenmantel umgeben und wären somit die Veranlassung zu einem obturirenden, aber leicht entfernbaren Pfropfe geworden.

So können derartige Fremdkörper, wie ja schon seit lange bekannt ist, viele Jahre und Jahrzehnte hindurch im Ohre verweilen, ohne irgend welche Symptome hervorzurufen. Einen solchen Fall zu beobachten hatte ich erst in den jüngsten Tagen Gelegenheit (21. IV. 94):

Ein 27 jähriges Frauenzimmer kam zur Untersuchung mit der Klage, sie verspüre seit erst 4 Tagen einen dumpfen Druck im Ohr ohne Schmerzen; auch sei das Hörvermögen etwas herabgesetzt. Es ergab sich, dass eine schwarze harte Masse, nicht Cerumen, im Gehörgange lag, die sich bei der Ausspritzung als eine längliche schwarze Glasperle ergab. Bei der Nachuntersuchung stellte sich aber zu meinem Erstaunen heraus, dass noch ein zweiter Fremdkörper im Meatus verweilte; auch der liess sich leicht entfernen: es war diesmal eine runde durchbohrte farbige Glasperle von ziemlich grossem Kaliber. Jetzt waren alle irgend wie störenden Erscheinungen völlig geschwunden.

Ganz von selbst sagte die Patientin, als das erste Corpus entfernt war, dass sie in ihrem 5. Lebensjahre sich, wie sie sich noch ganz gut erinnere, die Perle in das Ohr gesteckt habe, dass noch eine zweite eingeführt worden war, wusste sie nicht mehr.

Also 22 Jahre waren die zwei Perlen im Gehörgange gelegen, ohne etwas zu veranlassen mit Ausnahme der geringgradigen, auf einen ganz kurzen Zeitraum von etlichen Tagen beschränkten Beschwerden! Und derartiger Beispiele gibt es noch eine grosse Anzahl.

Ich möchte diese Gelegenheit nicht vorübergehen lassen, ohne noch auf einen Modus der Entfernung von gewissen Fremdkörpern, der sich mir bisher immer bewährt hat, kurz einzugehen. Sehr häufig gelangen in die Ohren der Kinder die quellbaren Samenkerne von Bohnen, Linsen, Erbsen und insbesondere Johannisbrodkerne; gerade letztere bilden oft ein wahres Crux.

Auch sie lassen sich sämmtliche, so lange sie unberührt sind, mit Leichtigkeit durch die Spritze entfernen, man sollte aber, da alle derartigen Fremdkörper bei Wasseraufnahme sehr bald energisch zu quellen beginnen, von Anfang an ihre Entfernung nicht mit Wasser versuchen, da sonst, wenn der Körper gerade einmal zufällig durch nicht richtig dirigirtes Spritzen nicht sofort flott gemacht wird, durch die unvermeidliche Wasserimbibition unfehlbar eine starke consecutive Quellung eintritt, die den Körper geradezu in die Biegungen des Gehörganges hineinpresst.

Ich benutze desshalb schon seit einer geraumen Reihe von Jahren bei all diesen Leguminosen nie reines Wasser als Spritzmaterial, sondern nur reinen absoluten Alkohol oder eventuell Alkohol und Glycerin, oder Wasser zu gleichen Theilen; am besten wirkt der Alkohol wegen seiner specifischen Leichtigkeit; mit ihm kann man einen sehr starken Spritzenstrahl erreichen, der meist sofort zum Ziele führt; Nachtheil für das Ohr als solches erwächst bei der momentanen Application auch des absolutesten Alkohols in keiner Weise.

Auch bei schon länger festgesessenen, bereits gequollenen Kernen lässt sich noch mit meist gutem Erfolge in dieser Weise manipuliren.

II. Fractur des Gehörgangs, Rupturirung des Trommelfells durch Sturz auf den Unterkiefer.

Patient, ein 39 jähriger grosser, anämischer, hagerer Mann, hatte Tags zuvor einen kranken Freund besucht und war da, wohl in Folge der Zimmerluft, des ungewohnten Zusammenseins mit einem Schwerkranken, nach einer kurzen Weile plötzlich ohnmächtig zusammengestürzt. Dabei fiel er so unglücklich, dass er mit dem Kopfe, resp. mit dem Unterkiefer mit aller Gewalt auf einen dastehenden Stuhl aufschlug. Die Ohnmacht ging bald wieder vorbei, aber er bemerkte sofort nach dem Erwachen, dass sich Blut aus dem Munde und aus dem linken Gehörgange ergoss; insbesondere erwies sich die Blutung aus dem Ohre als eine sehr starke, wesshalb er auch sofort einen Arzt zu Rathe zog, der den noch immer blutenden Gehörgang tamponirte. Die Blutung aus dem Munde rührte her von der Alveole des linken unteren Schneidezahnes, der bei der Affaire herausgebrochen war.

Die am nächsten Tage, 13. III. 94, vorgenommene Untersuchung ergab, dass der Kiefer intact geblieben war, dass dagegen das Kiefergelenk links eine leichte Subluxation aufwies. Der Meatus war völlig mit Cruor — die Blutung war auch nach Angabe des mir den Patienten zuführenden Collegen eine wirklich recht intensive gewesen — ausgefüllt; nach sorgfältiger Entfernung des geronnenen Blutes lässt sich erkennen, dass die vordere Gehörgangswand, kurz nach der hintersten Santorin'schen Incisur, schief durchrissen war, so dass die Wundränder, von vorne bis über die Mitte der unteren Wand reichend, sich aneinander verschoben hatten und der hintere Rand den vorderen überdachte; bei den Kieferbewegungen geht das vordere Stück mit und hört man dabei deutliches Crepitiren. Weiterhin aber setzt sich der Riss an der Grenze der vordern untern Wand des Gehörgangs, sichtbar jetzt als Längsriss, fort, um nun auf den Annulus überzutreten und nach Durchbrechung des Limbus sich als Ruptur des Trommelfells, genau durch die Mitte des vordern untern Quadranten bis zum Hammergriff und noch eine Strecke entlang desselben gehend, zu declariren. Es zieht sich hart an der Grenze des Lichtkegels ein linearer, auf beiden Seiten blutig suffundirter schwarzer, scharf contourirter Streifen von vorne unten gegen den Umbo, um gegen die Mitte des Hammergriffes, längs desselben auszulaufen und gleich unter dem Processus brevis zu endigen.

Ausser diesem einen Riss ist aber noch ein zweiter sichtbar: er zieht, im hinteren obern Quadranten, etwa von der Mitte der hinteren Falte ausgehend, nach hinten oben, durchsetzt den Limbus und läuft noch eine kleine Strecke in der hintern oberen Gehörgangswand. Beide Risse sind deutlich als solche erkennbar, weil sofort nach sorgfältigster Abtrocknung wieder Blut in geringen Quantitäten aus ihnen heraussickert.

Von subjectiven Symptomen hatte der Patient mit Ausnahme des Schmerzes in der Kiefergelenkgegend nur noch über ein mässiges Sausen auf der betroffenen Seite geklagt. Im Ohr selbst wurden keine Schmerzempfindungen wahrgenommen. Das Hörvermögen erwies sich jedoch herabgesetzt, indem Flüstersprache nur auf 2,30 m gehört wurde. Die Stimmgabeluntersuchung ergab eine sofortige prompte Lateralisirung auf die erkrankte Seite und es erwies sich die Knochenleitung sowohl vom Scheitel als vom Warzenfortsatz aus bedeutend verlängert. Gehört und deutlich präcisirt wurden alle Töne, von den tiefen bis zu den höchsten.

Es konnte dem ganzen Befunde nach wohl kaum einem Zweifel unterliegen, dass es sich hier um eine indirecte Trommelfellruptur handelte; um jedoch die Diagnose ausser jeden Zweifel zu stellen, wurden, da der Nasenrachenraum absolut frei war von irgend welchen Entzündungserscheinungen katarrhalischer oder sonstiger Natur und somit die Gefahr einer Infection von da aus in das Gebiet des wenig Wahrscheinlichen gerückt war, zwei probatorische Luftdouchen vorgenommen, deren Erfolg das eine Mal durch den Hörschlauch, das andere Mal durch das Auge controlirt wurde. Dabei ergab sich erstens ein charakteristisch typisch traumatisches, weiches hauchendes Perforationsgeräusch mit ganz geringer Beimischung von Rasselgeräuschen (Blut) schon bei minimaler Druckanwendung, zweitens rücken die beiden Wundränder deutlich während der Douche auseinander.

Therapie: Einfache antiseptische Tamponade (trocken) des Meatus (ohne Pulver natürlich, bloss mit Gaze); Verbot womöglich jeder willkürlichen Luftverdichtung, also grösste Vorsicht bei Ausübung des Schnäuzens etc., Vermeidung jeglicher Ausspülung, wenigstens vorläufig. Dazu möglichste Ruhigstellung der Kiefergelenke, was ohne Kinnschleuder erreicht wird durch den Genuss lediglich flüssiger Nahrung, die vermittelst eines Rohres aufgesaugt wird durch den Zeitraum von 8 Tagen.

Unter dieser einfachen prohibitiven Behandlung heilte die ganze Sache per primam aus, ohne dass sich eine secundäre Eiterung einstellte, wegen deren eventuell dann Ausspülungen hätten gemacht werden müssen. Der jeweils ganz trockene Tampon wurde von 4 zu 4 Tagen entfernt und nach Abstossung der Blutkrusten konnte man die Querrisslinie im Meatus als frische und leicht wulstige Narbe erkennen, ebenso den Längsriss in der vordern untern Wand als rothe Linie; die hintere obere Ruptur des Trommelfells war jetzt schon nicht mehr zu sehen; es deutet bloss noch eine Ecchymose an der Uebergangspartie vom Meatus auf das Trommelfell darauf hin. Die Ruptur vorne unten war noch als feiner schwarzgrauer Trübungsstreifen zu erkennen. Function absolut normal.

Bezüglich des Zustandekommens der einzelnen Rupturstellen können wir wohl als ziemlich sicher annehmen, dass durch das Aufschlagen des Unterkiefers der Gelenkkopf stark gegen die vordere und untere Wand des Meatus gepresst wurde; hierdurch kam es zunächst zu einer Dehnung und Zerrung der Kapselbänder, eventuell zur Zerreissung einzelner Stränge. Weiterhin aber brach die Gehörgangswand vorne unten durch die directe Ueberpflanzung des Stosses. Der Riss der Gehörgangswandungen, Haut und Knochen durchtrennend, setzte auf das Trommelfell sich fort nach Durchbrechung des Annulus. Der Riss an der hinteren oberen Partie aber kann

nur durch Contrecoup entstanden gedacht werden. Auf eine Verletzung der tieferen Ohrtheile (inneres Ohr) war von vorneherein nicht zu rechnen, da die dafür sprechenden Erscheinungen, wie Abfluss von Cerebrospinalflüssigkeit, starker Schwindel, starkes Sausen, Coordinationsstörungen, Brechreiz, Ausfälle in der Tonreihe etc. in keiner Weise zur Beobachtung gelangten.

III. Eine Zecke (Holzbock), Ixodes ricinus im Gehörgange.

Am 17. VIII. 93 kam mir der 17 jährige Handwerksbursche H. M. zur Beobachtung mit der Angabe, dass er seit 4 Tagen heftige Schmerzen im linken Ohre fühle; weder Anginakatarrh, noch Zahnweh oder irgend welche Erkältung oder sonst irgend was anamnestisch zu eruiren.

Bei der Untersuchung fand ich zu meinem Erstaunen den Meatus beinahe vollständig verlegt durch eine graublaue kugelige Masse, die sich mit der Sonde bewegen und umgehen liess; der Sondeneindruck auf der Masse glich sich sofort wieder aus. Durch die Berührung wurden lebhafte Schmerzen ausgelöst, die sich aber genau nach einer circumscripten Stelle nach vorne oben zu localisirten; es war etwas vor der Grenze des knorpeligen zum knöchernen Gehörgange. Hier war auch der Gehörgang intensiv geröthet und geschwollen; offenbar sass hier die sich jäh verjüngende Geschwulst auf.

Dass diese von einer derben Membran umschlossene rundliche Geschwulst ein Fremdkörper sein müsse, das war mir wohl ziemlich klar, aber was für einer? Das beinahe erbsengrosse graue Säckchen imponirte durch die Beimischung eines bläulichen Farbentones als ein bluthaltiger Raum.

Zuerst wollte ich ihn mit der Schlinge herausziehen, allein das scheiterte an den Schmerzen des Patienten, und ich war auch, wie ich nachher sah, froh, dass ich nicht zugezogen hatte.

Ich sah nun nochmal genau nach dem Ursprungspunkte und konnte nun da, in die Haut fest eingegraben, einen kleinen braunen kegelartigen Fortsatz entdecken; es handelte sich offenbar um einen thierischen Parasiten, der sich dort localisirt und vollgesogen hatte. Das konnte dem ganzen Bild nach wohl schwerlich etwas Anderes sein als eine Zecke, wie ich sie selbst in Jugendjahren dutzendweise nach Hause gebracht hatte.

Da musste also das Thier mit seinem Hakenapparat entfernt werden, es musste zum Loslassen seines gewählten Wohn- und Nährplatzes gezwungen werden, sollte sich nicht anders durch das Zurückbleiben der Rostren, wie das beim einfachen Herausreissen unvermeidbar gewesen wäre, eine starke phlegmonöse Entzündung entwickeln.

Zu diesem Zwecke wurde der ganze Meatus vollgefüllt mit einer alkoholischen Sublimatlösung (Sublimat 0,1 : Alkohol — Aqua āā 50,0); Diese Procedur erfüllte in sehr kurzer Zeit ihren Zweck: ich konnte das getödtete Thier anstandslos sammt seinem Hakenapparate mit der Pincette extrahiren. Es war thatsächlich ein ganz gemeiner Holzbock, Ixodes ricinus.

Nach seiner Entfernung präsentirte sich die Einstichstelle in weiter Umgebung lebhaft geröthet und es zieht sich ein breites Injectionsband längs der oberen Gehörgangswunde bis auf das Trommelfell, das selbst sehr hyperämisch schon beinahe das Stadium einer beginnnenden Myringitis aufweist. Aus diesem Grunde wurden noch einige Einträufelungen von Carbolglycerin, 10 proc., vorgenommen; es bildeten sich in der Folge die Reizsymptome, die vielleicht auch schon allein durch die Entfernung des Körpers geschwunden wären, rasch zurück.

Nachträglich erfuhr ich noch auf eindringliches weiteres Befragen, dass Patient sich Tags vorher, ehe er die Ohrenschmerzen verspürte, in einer Waldschonung einige Zeit lang niedergelegt hatte, um zu schlafen. Offenbar ist während dieser Zeit das Thierchen auf diesen ungewöhnlichen Wohnsitz gekommen.

Ich habe den Fall desshalb angeführt, weil, meines Wissens wenigstens, bislang die Zecke noch nicht als accidenteller Parasit im menschlichen Gehörgang gefunden worden ist.

(Fortsetzung folgt.)

Referate u. Bücher-Anzeigen.

Dr. S. **Placzek: Die medicinische Wissenschaft in den Vereinigten Staaten.** Leipzig, Thieme, 1894. IV. 125 Seiten.

Verfasser gibt in vorliegendem Werke die Eindrücke einer Studienreise durch die Vereinigten Staaten, die wir mit grossem Interesse gelesen haben. Er beabsichtigte in seinem Werke die vorwaltend irrigen Anschauungen über das medicinische Amerika möglichst zu beseitigen und zugleich Vergeltung zu üben für all die Liebenswürdigkeit und Gastfreundschaft, welche ihm allerorten jenseits des Oceans erwiesen worden. Besonders eingehende Capitel widmet Verfasser dem amerikanischen Krankenhause, der amerikanischen Therapie, dem Irren- und Quarantänewesen, dem amerikanischen Arzt, dem Universitätswesen, den sanitären und hygienischen Zuständen der Grossstädte, und der medicinischen Wissenschaft auf der Weltausstellung in Chicago. Als Anhang gibt er schliesslich eine Schilderung der sanitären Verhältnisse auf den Doppelschraubendampfern der Hamburg-Amerikanischen Packetfahrtactiengesellschaft und auf Seite 124 u. 125 die von ihm benützte Literatur.

Leider hat P. nirgends erwähnt, wie weit seine Reise gegangen ist und auf welche Mengen von Beobachtungen sich sein Urtheil basirt, das wäre z. B. bei der Kritik des amerikanischen Irrenwesens denn doch erforderlich gewesen, da die in dem Werke geschilderten Zustände z. B. auf die Irrenanstalten bei Milwaukee, Madison und Oshkosh keineswegs passen. Im Uebrigen muss man überall anerkennen, dass Verfasser genau beobachtet und vorurtheilsfrei geprüft hat. Es möge mir vergönnt sein, aus seiner Schrift eine kleine Reihe von Aeusserungen und Thatsachen zu citiren, welche den Leser dieser Zeilen anzuregen vermögen, dem verdienstvollen Werke ein eingehendes Studium zu widmen.

In der Einleitung sagt Verfasser sofort, dass das Auge des Beobachters jenseits des Oceans bald voll Staunen sehe, wie weit auf den verschiedensten Gebieten die alte Welt sich durch die Vereinigten Staaten habe überflügeln lassen. Nicht lange mehr werde es dauern und die Pilgerfahrt der wissensdürstenden und nothgedrungen zu den europäischen Culturcentren eilenden amerikanischen Jünger werde aufgehört haben. Das amerikanische Volk dürfe voll Stolz auf die im Sturmschritt durcheilte Entwickelungsbahn seiner Hospitäler blicken; diese seien Musterinstitute von staunenswerther Vollendung. Allerdings habe das Laienelement ein bedauerliches Einspruchsrecht in Hospitalangelegenheiten, da der „Superintendent" die Hauptautorität eines amerikanischen Krankenhauses, sehr selten ein Arzt, meist ein Laie sei. Aber die architektonische Schönheit und Formvollendung der Hospitäler, die breiten, hellen Corridore, der grosse Comfort, die peinlichste Sauberkeit, die behagliche Ausrüstung der Krankenzimmer mit allen möglichen Fahrstühlen, Bildern, Blumen, seien dem Kranken ebenso wohlthuend wie die Entfernung der Uringläser und Nachtgeschirre von den Krankentischchen. Apparate zum verscheuchen der Fliegen, besondere Zimmer zum Narkotisiren, und besondere Räume, in denen die Operirten aus der Narkose erwachen, seien Wohlthaten für die Operirten und deren Umgebung. — Der **Chirurg** dürfe nicht älter als 65 Jahre sein. Grössere Operationen sollen von dem consultirenden, nur ausnahmsweise von dem Hauschirurgen ausgeführt werden, doch müssen zuvor wenigstens zwei andere Chirurgen sich einverstanden erklären; dadurch werde eine durchaus wohlthätige Hemmung des neuzeitlichen Furor operativus, welcher in Amerika noch weit mehr als bei uns seine Opfer suche und finde, bewirkt. — Was Verfasser von dem Durcheinanderliegen der weissen und schwarzen Kranken sagt, ist nur zum Theil und zwar mehr im Osten giltig, und selbst da — z. B. im John Hopkins Hospital in Baltimore nimmt man nachträglich eine Trennung nach Gebäuden doch noch vor, weil — die Weissen den Geruch der Schwarzen nicht ertragen können.

Die Mittheilungen über Wärterinnenschulen und das Unwesen in der Benutzung der Polikliniken seitens der besitzenden Bevölkerungsclassen sind sehr bemerkenswerth.

Eine Menge guter Abbildungen nach Photographien veranschaulichen das Aeussere und Innere der Hospitäler und Irrenanstalten.

Die Angabe (p. 64), dass „die verschiedene Werthigkeit der Universitäten ein gegenseitiges Misstrauen bewirke, so dass Zöglinge der einen, wenn sie ins Nachbarterritorium wandertem stets (?) die Unannehmlichkeit eines neuen Examens in den Kauf nehmen müssten, beruht, wie Referent sicher weiss, auf Irrthum. Ebenso die Angabe (p. 69), dass in den Vereinigten Staaten alle Krankenhäuser für den medicinischen Unterricht nutzbar gemacht seien — z. B. gerade das John Hopkins Hospital in Baltimore dient einstweilen noch nicht als medicinische Unterrichtsanstalt.

Vorzüglich sind die hygienischen Einrichtungen, bei denen

alle modernen Errungenschaften eine praktische Verwerthung gefunden haben. Die Vorschriften zur Verhütung der Weiterverbreitung von Diphtherie und Scharlach sind sehr exact. Die Sterblichkeitsziffer New-Yorks ist seit 10 Jahren stets zurückgegangen, wenn auch immer noch höher als die von Berlin. Für die in der heissen Jahreszeit so besonders gefährdeten kleinen Kinder sind genaue Regeln für Ernährung und Pflege von einem Sanitätscomité entworfen und werden viel vertheilt.

Die Haupttodesursache der amerikanischen Bevölkerung bilde die Pneumonie, bei der eingewanderten die Phtise. Bei den Selbstmorden käme auf die deutsche Bevölkerung der Löwenantheil. Erschreckend hoch sei die Zahl der in Amerika während eines Jahres getödteten Eisenbahnbeamten und Pasagiere. Der europäische Reisende werde trotz der so erstaunlich comfortablen Fahrt auf den amerikanischen Bahnen die andauernde Angstempfindung nicht los (?!), weil die Wärterhäuschen fehlten. Hier hätte Verfasser durch die Lectüre der Reisebeschreibung des Berliner Ophthalmologen Hirschberg über seine Reise in Amerika doch etwas richtigere Anschauungen bekommen können.

Bei Schilderung der sehr sorgsam durchgeführten amerikanischen Statistik über Geburten, Heirathen und Todesfälle beschreibt Verfasser die Hollerith'sche Maschine zur Registrirung genau und mit Abbildungen und erwähnt, dass mit Hilfe derselben ein weibliches Wesen in einem Tage! die Zähllisten von 50000 Einwohnern registriren und nach den verschiedensten für die Statistik wichtigen Momenten sortiren könne; der Mann aber werde durch diese Leistung weiblicher Handfertigkeit in den Schatten gestellt, da er nur 32925 Zähllisten in einem Tage zu zählen vermochte.

Wie schnell dieser Apparat zu handhaben sei, ergebe sich übrigens am besten aus der Thatsache, dass durch denselben die 62622250 Einwohner der Vereinigten Staaten im Jahre 1890 genau 4 Wochen nach Einlaufen der letzten Zählformulare vollständig fertig gezählt gewesen seien.

Das Urtheil, welches Verfasser auf S. 119 über die Thätigkeit des Schiffsarztes auf den grossen Schnelldampfern fällt, unterschreibt Referent, der schon seit langer Zeit seinen Zuhörern die Vortheile solcher Stellen oftmals empfiehlt, in jeder Beziehung. Und wenn im vorliegenden Referate einige von denen des Verfassers abweichende Ansichten und Erfahrungen niedergelegt sind, so sollen dieselben dem Werthe des Werkes keinen Eintrag thun, dessen eingehende Besprechung wohl am besten zeigt, wie anziehend seine Lectüre ist.

München, 22. Juli 1894. F. v. Winckel.

H. Sahli: Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden für Studirende und praktische Aerzte. Mit 191, theilweise farbigen Holzschnitten im Text und 2 lithographirten Tafeln. Leipzig und Wien, Franz Deuticke, 1894.

Den Einwand, dass schon treffliche Lehrbücher in der Art des vorliegenden vorhanden sind, hat sich der Verfasser, ehe er der Aufforderung des Verlegers nachzukommen sich entschloss, schon selbst gemacht. Das eigene Bedürfniss, der Wunsch seinen Zuhörern etwas Bleibenderes zu bieten, als das rasch verhallende Wort, war schliesslich für ihn entscheidend. Dass dabei ein Werk entstanden ist, dessen Bedeutung über die eines rein localen oder persönlichen Lehrhilfsmittels weit hinausragt, ist bei der Vielseitigkeit des Verfassers als klinischer Forscher nicht zu verwundern. Ein grosser Vorzug des Buchs ist, dass es alle Methoden, welche zur Diagnose innerer Krankheiten gebraucht werden, in sich vereinigt. Der Leser findet nicht nur die sogenannten physikalischen Untersuchungsmethoden der Brust- und Unterleibsorgane, sondern auch die makroskopische, histologische, bakteriologische und chemische Untersuchung der Se- und Excrete, die Exploration der zugänglichen Körperhöhlen (Rachen, Nase Kehlkopf etc.) sowie der Sinnesorgane (Augen), sowie die verschiedenen für das Nervensystem gebräuchlichen Methoden. Zuweilen scheint die Ausführlichkeit der Darstellung nicht ganz mit der Wichtigkeit des Gegenstandes übereinzustimmen. Nach der Beschreibung der quantitativen Harnanalyse kann der Arzt arbeiten, nach den bakteriologischen Angaben dürfte es ihm jedoch schwer fallen. Und doch ist die diagnostische Bedeutung der bakteriologischen Untersuchung mindestens so gross für den Arzt als jene. Die Gonococcen sind gar nicht erwähnt. Für die Tuberkelbacillen und Andere wäre wohl eine farbige Abbildung nöthiger als an mancher anderen Stelle. Gar nichts fand Recensent über die Untersuchung des Mastdarms, weder im Register noch im Inhaltsverzeichniss. Allerdings ist zuweilen die Orientirung etwas erschwert, obwohl der Verfasser die grossen Schwierigkeiten den gewaltigen und vielgestaltigen Stoff zu gruppiren, im Ganzen gut überwunden hat. Doch dürfte die Reihenfolge: „Palpation und Inspection der Herzgegend, Palpation und Inspection des Abdomens, Diagnose der einzelnen Klappenfehler, Paradigmen physikalischer Lungenbefunde, die Untersuchung des Magens“ doch wohl ein klein wenig bunt erscheinen. Wäre da die alte Eintheilung in allgemeine und specielle Diagnostik nicht doch vielleicht vorzuziehen gewesen? Doch das sind formelle Bedenken. Sie fallen weniger ins Gewicht, wenn man dem Wunsch des Verfassers entspricht, nach dem das Werk in erster Linie ein Buch zum Durchlesen sein soll. Diesem Wunsch schliesst sich Recensent von ganzem Herzen an. Jeder denkende Arzt wird beispielsweise die Capitel über den Puls, die Herzfehlerdiagnose, die Untersuchung des Magens, vor allem die ausgezeichnete Darstellung der Nervendiagnostik mit Aufmerksamkeit und Vergnügen lesen. Die kritische Sichtung, welche sich an jede, selbst fest eingebürgerte Anschauung heranwagt, die klare Erörterung der verschiedenen Theorien und das Aufsuchen des Zusammenhangs zwischen dem Wesen der Krankheit und den wahrnehmbaren Erscheinungen, erheben das Buch vielfach aus dem Rahmen einer einfachen Untersuchungslehre zu einer allgemeinen Pathologie innerer Krankheiten und bieten so für den gereiften Arzt mit der belehrenden zugleich eine in hohem Grade anziehende Lectüre. Dass das Gleiche auch für den Studirenden der Fall sei, würde Recensent sehr wünschen, kann es aber leider nicht glauben. Unter den Studirenden der ersten klinischen Semester, für die zunächst ein solches Buch bestimmt ist, dürften sich nicht Viele finden, welche ausführliche Auseinandersetzungen des „Für und Wider“ mit Ausdauer studiren. Selbst zuweilen etwas doctrinäre Kürze der Darstellung dürfte bei den Lernenden bessere Erfolge erzielen. Vielleicht liesse sich durch Einfügen von kurzen, das Wesentliche und Sichergestellte enthaltenden Zusammenfassungen, welche durch besonderen Druck auszuzeichnen wären, am Ende der einzelnen Abschnitte das Buch auch für den Anfänger nützlicher gestalten. Dies führt uns auf den eigentlichen didaktischen Werth des Lehrbuchs. Besonders hervorzuheben ist in dieser Hinsicht die Verwendung von schematischen Abbildungen, wie sie in der Ausdehnung bisher kaum in einem ähnlichen Werke stattgefunden hat. Dieselben sind durchweg ausserordentlich instructiv. Besonders praktisch sind diejenigen, welche die Diagnostik des Nervensystems illustriren sollen und welche zugleich vorzügliche Schemata für die Centren und Bahnen der Sprachthätigkeit, der Augenbewegungen, des Facialis etc. darstellen. Sehr bequem sind auch die Schemata für die Muskelfunctionen und die Hautnerven. Bezüglich der zahlreichen schematischen Bilder von den Kreislauf- und Lungenstörungen (S. 276—305) sei eine kurze Bemerkung gestattet. Es dürfte in dieser Beziehung auch leicht etwas zu viel geschehen können. Die zahlreichen verschiedenen Zeichen für die verschiedenen Percussions- und Auscultationssymptome, welche auf die Schablone des Brustkorbs eingetragen sind, erfordern fast ein eigenes Studium, so complicirt sind dieselben. Recensent kann aber auch die allzu ausgedehnte Benutzung von bildlicher Darstellung beim Unterricht im Princip nicht gutheissen. Es werden dadurch die Ansprüche an die Vorstellungskräfte des Lernenden immer mehr herabgesetzt und derselbe lernt es nicht mehr das gehörte Wort unmittelbar in eine körperliche Vorstellung umzusetzen. Auch kommt er leicht dazu, sich keine Krankheitsbilder, sondern Lehrbuchsbilder einzuprägen. Dies wäre besonders nachtheilig, wenn ein solches Bild gar unrichtig ist. In der Abbildung der unteren Lungengrenze und absoluten Leberdämpfung (S. 135)

erscheint die Höhe der Leberdämpfung in der Papillarlinie fast so hoch, wie die Entfernung von der Clavicula bis zur unteren Lungengrenze. Warum geht Verfasser von dem allgemein anerkannten Durchschnitt der unteren Lungengrenze in der Papillarlinie ab und verlegt ihn an den oberen Rand der 6., ebenso wie die obere Herzgrenze an den oberen Rand der 4. Rippe? Da dürfte ihn die Kritik am Althergebrachten doch zu weit geführt haben. An anderen Stellen wirkt dieselbe dagegen reinigend und erfrischend. So bei den Principien der Percussionslehre, wo mit den immer noch gebrauchten ganz unphysikalischen Ausdrücken „voll und leer", „kurz" etc. endgültig gebrochen wird. Nicht minder bei der Lehre von den Athmungsgeräuschen, obwohl Recensent durch die gegen seine Theorie des Vesiculärathmens vorgebrachten Gründe noch nicht überzeugt ist. Dessgleichen bei der Theorie der Herzgeräusche, die vorzüglich entwickelt ist. Nur ist zu verwundern, dass Verfasser nach der einheitlichen Darstellung (S. 226) später (S. 285) die ganz unhaltbare, durch die Lehrbücher fortgeschleppte Anschauung von der Entstehung der Geräusche durch das Zusammenprallen zweier einander entgegengesetzter Ströme nicht definitiv zurückweist. Nicht einverstanden ist Recensent mit der Definition des Spitzenstosses (S. 251), die nur in der Form: „die am weitesten nach aussen und unten fühl- oder sichtbare Bewegung des Herzens" dem Anfänger die richtige Vorstellung von der klinischen Bedeutung der Erscheinung geben kann. Historisch nicht ganz zutreffend ist die Bemerkung (S. 253), dass durch Martius den früheren Theorien des Spitzenstosses (Rückstosstheorie etc.) der Boden entzogen worden sei, da dies schon durch die, allerdings auch von Martius nicht erwähnten Untersuchungen von Filehne und dem Recensenten geschehen ist. Ganz vergessen ist bei den qualitativen Zuckerproben die zuverlässigste und wichtigste, die Gährungsprobe, welche nur als quantitative Methode Erwähnung findet. — Die Ausstellungen nehmen in dieser Besprechung fast einen grösseren Raum ein, als das Lob. Das könnte bei flüchtiger Betrachtung den Eindruck machen, als überwiegen die ersteren über letzteres. Um diese Vorstellung gründlich zu widerlegen, sei noch eine allgemeine Bemerkung gestattet. Die Kritik medicinischer Werke ist gegenwärtig im Ganzen in ein eigenthümliches, nicht gerade an Tiefe zunehmendes Fahrwasser gekommen. Die meisten Bücher werden nur kurz angezeigt und fast ausnahmslos gelobt. Bei Lehrbüchern ist aber eine eingehende Kritik nothwendig und es wäre bei dem reichlichen Angebot von solchen, wie es unsere Zeit mit sich bringt, ein grosser Nachtheil, wenn die Kritik nicht des Ernstes ihrer Aufgabe eingedenk bleiben wollte. Bezüglich des vorliegenden Buches mögen aber Leser und Autor aus dem tieferen Eingehen dieser Besprechung entnehmen, dass Recensent dasselbe den bedeutenderen Erscheinungen des betreffenden Fachs zuzählt. Es passt nur seiner Meinung nach mehr als für die Studenten für die praktischen Aerzte. Diese werden aber jedem Kritiker dankbar sein, der sie auf ein so interessantes und lehrreiches Buch aufmerksam macht. Penzoldt.

Dr. med. J. Fessler: Festigkeit der menschlichen Gelenke mit besonderer Berücksichtigung des Bandapparates. München, Rieger's Universitätsbuchhandlung, 1894.

Während über die Festigkeit der menschlichen Knochen schon mehrfache Untersuchungen vorliegen, ist dies in Betreff der Festigkeit der menschlichen Gelenke nicht der Fall; der Grund dafür dürfte in der Schwierigkeit der Untersuchung liegen. Verfasser hat es versucht, dieselbe zu überwinden; es ist ihm dies gelungen und er hat seine Arbeit zu einem sehr befriedigenden Abschluss gebracht.

Sie zerfällt in einen allgemeinen und einen speciellen Theil.

Im allgemeinen Theile werden zunächst in einem historischen Ueberblicke die wichtigsten bisher veröffentlichten einschlägigen Arbeiten berücksichtigt, so die bekannten Versuche der Gebrüder Weber, die Studien von H. Meyer, C. Langer, W. Henke, Rose, Schmid und besonders Aeby, weiterhin die H. Buchner's und E. A. und R. Fick's.

F. stellte sich in erster Linie seine Aufgabe dahin, „die Festigkeit der Gelenkkapsel und -Bänder zu betrachten und bei einzelnen in ihrer Kapsel schwach bestellten Gelenken die Beihilfe der Muskeln zu berücksichtigen."

Die Versuche wurden im Laboratorium der technischen Hochschule zu München mit besonderen „Zerreissmaschinen" ausgeführt und theilen sich in Zugversuche, die ein Bild von der absoluten Festigkeit einer Gelenkkapsel im Ganzen bei axialem Zuge geben und in Hebelversuche, bei denen die Kapsel nur auf einer Seite dem Zuge ausgesetzt war, wie dies bei den in erster Linie den Chirurgen interessirenden Luxationen der Fall ist; hiebei ergab sich, dass zwischen der Zug- und Hebelbeanspruchung kein bedeutender Unterschied vorhanden ist. „Es kommt dies davon, dass nicht starre Gebilde gezogen und gehebelt werden, sondern leicht bewegliche, nach jeder Richtung biegbare Bandfasern."

Die die Kapseln verstärkenden Bandzüge, auch gewisse Kanten der Gelenkknochen haben beim Abhebeln bedeutenden Einfluss.

Der specielle Theil erörtert die an den einzelnen Gelenken vorgenommenen Experimente; die Zug- und Hebelversuche am Schulter-, Hüft-, Knie-, Fuss-, Ellbogen- und Handgelenke wurden sowohl beim Erwachsenen wie auch beim Neugeborenen vorgenommen. Diesen schliessen sich die Prüfungsergebnisse der Festigkeit der Zehen- und Fingergelenke, dann der Wirbelsäule, des Unterkiefergelenkes und des Beckens an.

Der Schultergürtel (Articulatio acromio-clavicularis und sterno-clavicularis) wurde einer besonderen Prüfung unterzogen.

Auf die Erörterung der einzelnen Versuchsanordnungen und ihre Ergebnisse näher einzugehen, ist Ref. nicht möglich und muss diesbezüglich auf das Original verwiesen werden.

Von den Resultaten, die Verfasser aus seinen Versuchen gewonnen hat, sei nur Folgendes hervorgehoben:

Die Gelenke und Bänder sind dehnbar durch Zug; die Zunahme der Dehnung steht in geradem Verhältnisse zur zunehmenden Belastung. Das fibröse Gewebe erweist sich beim Zuge elastisch bis zum Bruche, ist innerhalb enger Grenzen vollkommen elastisch, darüber hinaus erscheint es bleibend gedehnt.

Der Kapselriss bei Längszug erfolgt gewöhnlich durch Ablösen der fibrösen accessorischen Bänder vom Ansatzpunkte an einem oder beiden Gelenkknochen unter Abreissen von kleinen Knochen- und Knorpelstückchen; die Kapsel selbst wird hiebei meist allmählich in einzelne Fasern aufgelöst.

Die Bruchbelastung schwankt nach der Stärke des Gelenkes. Bei den einzelnen Gelenken sind bestimmte, typische Formen des Kapselrisses zu unterscheiden.

In Betreff der Kapselfestigkeit der wichtigsten Gelenke sei noch hervorzuheben, dass die Kapsel reisst am Schultergelenke bei einer Belastung von im Mittel 146 kg, am Hüftgelenke bei 380 kg, am Kniegelenk bei 315 kg, am Fussgelenke bei 248 kg, an den Zehengelenken bei 62—30, an den Fingergelenken bei 83—79 kg, am Handgelenke bei 184, am Ellbogengelenke bei 169 kg.

Verfasser hat sich durch diese mühevolle, mit grösstem Fleisse ausgeführte Studie ein bleibendes Verdienst erworben, indem er als der Erste es unternahm, die Festigkeit der Bänder und Gelenke auf exacte Weise zu prüfen; die Resultate, zu denen er gelangte, sind für den Anatomen wie für den Chirurgen interessant und es wird Jeder, der sich der Mühe unterzieht, das Buch durchzustudiren, dasselbe mit dem Gefühle, eine ergebnissreiche Arbeit gelesen zu haben, aus der Hand legen. Kl.

Lossen: Die Resectionen der Knochen und Gelenke. Deutsche Chirurgie, Lief. 29 b. Stuttgart, F. Enke.

In Lieferung 29 b der Deutschen Chirurgie liegt uns die schon früher für das Pitha- und Billroth'sche Handbuch bearbeitete Arbeit Lossen's „Die Resectionen der Knochen und Gelenke" nach dem heutigen Standpunkt ausgearbeitet vor. Schon das 48 Seiten umfassende Literaturverzeichniss zeigt uns, welch vielgepflegtes Gebiet hier abgehandelt, welch wich-

tige Neuerungen die letzten Jahre gebracht. — Einer eingehenden Darstellung der geschichtlichen Entwickelung der Resectionen, der Indication zu Resectionen etc. und allgemeinen Technik derselben, wobei natürlich die einzelnen Instrumente, Lagerungsapparate, Schienen etc. eingehend gewürdigt werden, folgt die Darstellung der speciellen Technik für die einzelnen Gelenke und ist es hiebei gewiss sehr zweckmässig, wenn bei dem grossen Gebiete die wichtigsten und gebräuchlichsten Schnittmethoden zuerst abgehandelt, die älteren und wenig geübten Verfahren in kleinem Druck dargestellt werden (wie z. B. betreffs des Schultergelenks der Langenbeck'sche und Ollier'sche Schnitt als Hauptmethoden, die übrigen erst in zweiter Linie in Betracht kommen). Es versteht sich von selbst, dass die neueren Resectionsmethoden (Kocher, Tiling, Lauenstein etc., Wladimiroff-Mikulicz) dabei vollauf berücksichtigt werden, dass anatomische Gesichtspunkte (z. B. das Verhalten der Epiphysenknorpel etc.) dabei gewürdigt werden und dass nach der Darstellung der einzelnen Methoden eine vergleichende Würdigung derselben in der Regel folgt. — Heilungsverlauf, Endergebnisse, Resultate etc. für die einzelnen Resectionen werden in gleicher Vollständigkeit ausgeführt und ergibt sich dabei, dass eigentlich betreffs functioneller Endresultate, anatomischer Beschreibung von Nearthrosen unsere Kenntnisse noch auf eine relativ kleine Zahl von Einzelfällen sich stützen und dass es wünschenswerth wäre, wenn auch die Statistik, die bisher hauptsächlich auf die kriegschirurgischen Beobachtungen, auf einzelne umfassendere Arbeiten (wie Culbertson) sich stützt, auch speciell für die Resection wegen Gelenkerkrankungen zusammenfassendere statistische Arbeiten brächte, als es bisher der Fall. Die genauere Beobachtung der Einzelfälle, wie sie die Unfallgesetzgebung etc. bedingt, wird auch vielleicht hier noch Vortheile bringen, die Bedeutung der Nachbehandlung ist hier eine sehr grosse und ist mit L. es sicher auf ungenügende Nachbehandlung zu beziehen, wenn 50 Proc. der Knieresectionen z. B. spätere Winkelstellungen zeigen. Auch die Anchylosen nach Ellbogenresectionen etc. würden seltener sein, wenn nicht so häufig die passiven Bewegungen etc. ungenügend ausgeführt würden, die betreffenden Patienten zu früh der Beobachtung sich entzögen. — Die Darstellung des Gebietes ist eine durchaus klare und übersichtliche, die Abbildungen sind gut und vollständig, speciell betreffs der Nachbehandlung wären in einer späteren Auflage wohl zweckmässig einzelne der Bewegungsapparate nach Bardenheuer, Krukenberg etc. noch anzuführen.

Schreiber-Augsburg.

C. Langenbuch: Chirurgie der Leber und Gallenblase. I. Theil. Deutsche Chirurgie. Lief. 45 c, 1. Hälfte.

Der in der Leberchirurgie besonders verdiente Autor gibt in dem vorliegenden Band nach eingehender Anführung der betreffenden Literatur und anatomisch-physiologischen Darstellungen über die Leber zunächst die Darstellung des Echinococcus und seiner Chirurgie mit eingehender Darstellung und Würdigung der verschiedenen Verfahren (auch bei subphren. Echinococcus und in die Bauchhöhle perforirtem Ech.), sodann Aetiologie, pathologische Anatomie, Symptome und Chirurgie des Leberabscesses (incl. des tropischen), sowie seiner Complicationen. — Das grosse Werk der deutschen Chirurgie hat hiemit einen bedeutenden Zuwachs erhalten. Ausstattung und Abbildungen sind wie in den früheren Lieferungen sehr gut.

Schreiber-Augsburg.

Dr. F. M. Oberländer: Lehrbuch der Urethroskopie. Leipzig, Verlag von Gg. Thieme, 1894.

Der verdiente Forscher auf dem Gebiete der Pathologie und Therapie der Krankheiten der Harnorgane hat mit der Publication des vorliegenden Buches eine nützliche That gethan. Die ärztliche Welt weiss und versteht mehr und mehr zu würdigen die schweren und oft verhängnissvollen Folgen der Trippererkrankung. Auch das vorliegende Buch vermehrt die Kenntniss der betreffenden pathologischen Vorgänge und Mittel zur Abwehr bei besserer und frühzeitiger Erkenntniss ihrer Erscheinungsformen.

Das Buch schildert zunächst die Methode der Urethroskopie, die Instrumente und sonstigen technischen Hilfsmittel dazu; dann das endoskopische Bild der normalen Harnröhre und endlich in 10 Capiteln die pathologischen Verhältnisse. Neun chromolithographische Tafeln sind dem Werke beigegeben. Die gesammte Ausstattung ist gut.

Ohne Zweifel wird das Buch den besten Erfolg haben und grossen Nutzen und Anregung stiften.

Helferich-Greifswald.

H. Dolder: Die Stellung des Landarztes zur Perforation und Sectio caesarea. Samml. klin. Vortr. N. F. No. 99.

Mit „staunenswerthem Fleisse und Eifer“ hat D. — wie Wyder in seiner dem Aufsatze beigegebenen Vorrede sagt — durch Umfrage bei den Collegen auf dem Lande seiner Heimath, der Schweiz, 187 Fälle von Perforation zusammengestellt. Dank der rationellen Indicationsstellung und der modernen Antiseptik sind die Erfolge in den letzten Jahren besser geworden. Die Mortalität der Mütter ist von 10,9 Proc. auf 6,6 Proc. gesunken, in der Klinik beträgt sie 6,6—0,0 Proc. Die klinische Sectio caesarea zeigt 12,9—6,0 Proc. Mortalität für die Mütter und 6,8—0,0 Proc. für die Kinder, die landärztliche Sectio caesarea 50 Proc. und darüber Mortalität für die Mütter. In denjenigen Fällen, in welchen der Kliniker bei relativer Beckenenge genöthigt ist den Kaiserschnitt auszuführen, ist unter den gewöhnlichen Verhältnissen der Landpraxis die Vornahme der Perforation auch des lebenden Kindes nicht nur den Anforderungen der Zeit entsprechend, sondern geradezu Gewissenspflicht. — Der Aufsatz, der eine Fülle interessanter Daten und Ausführungen enthält, sei jedem Arzte angelegentlich zur Lectüre empfohlen. Gessner-Berlin.

Dr. **Theodor Kirchhoff: Lehrbuch der Psychiatrie für Studierende und Aerzte.** Mit 11 Holzschnitten im Text und 16 Tafeln. 552 Seiten. Leipzig und Wien. Deuticke. 1892.

Ein brauchbares Lehrbuch der Psychiatrie ohne besondere Vorzüge oder Nachtheile. In der ersten Hälfte werden die anatomischen Grundlagen, Ursachen, Zeichen, Verlauf, Diagnose und Behandlung der geistigen Störungen besprochen und zwar im Allgemeinen in leicht fasslicher Weise, wenn auch die psychologischen Capitel etwas weniger klar sind als die andern. Manche Einzelheiten liessen sich bestreiten. Sehr angenehm liest sich die angefügte kurze Geschichte der Psychiatrie. — In der Eintheilung der Psychosen zeigt sich ein verdienstliches Streben nach Einfachheit. Melancholie, Manie, periodische Formen, Paranoia werden unter den einfachen geistigen Störungen zusammengefasst. Die Formen mit dauernden anatomischen Veränderungen des Gehirns und die mit allgemeinen Erkrankungen schliessen in sich Blödsinn, Greisenblödsinn, Dementia paralytica, sonstige Blödsinnsformen mit Lähmungen, die Seelenstörungen mit Epilepsie, mit Hysterie, mit Neurasthenie, die durch Vergiftung bedingten Formen und den Schwachsinn. Das, was an dieser Eintheilung dem Verfasser gehört, darf nicht auf allgemeine Zustimmung rechnen; schwache Stellen sind namentlich die Paranoia und der Blödsinn und Schwachsinn. Indessen kann der praktische Arzt mit einer solchen Systematik auskommen. Einzelne Krankheitsbilder sind sehr hübsch gezeichnet, wenn auch nicht überall mit eigener Feder. Die beigegebenen Tafeln sind sehr schön. Bleuler-Rheinau.

A. Pollatschek: Die therapeutischen Leistungen des Jahres 1893. Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1894.

Der vorliegende 5. Jahrgang der P.'schen Berichte kann wie seine Vorgänger als eine gute und übersichtliche Zusammenstellung aller einschlägigen Arbeiten aufs beste empfohlen werden. Kr.

Neueste Archive und Zeitschriften.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. 38. Band, 6. Heft. Leipzig, Vogel, 1894.

1) Kocher-Bern: **Ueber Coxa vara, eine Berufskrankheit der Wachsthumsperiode.**

Nachdem bereits Ernst Müller, Lauenstein, J. Rotter die Verbiegung des Schenkelhalses beschrieben, und auf dem diesjährigen Chirurgencongress von Bruns und Hofmeister unter Beibringung eines grossen Materiales der Name Coxa vara für diese Erkrankung vorgeschlagen war, beschreibt jetzt Kocher auf Grund mehrerer Beobachtungen diese Affection unabhängig von den genannten Autoren, sie ebenfalls mit dem Namen Coxa vara bezeichnend. Man muss wohl sagen „unabhängig", denn obwohl die Müller'sche Arbeit schon im Jahre 1889 erschienen ist, erklärt Kocher in seinem Nachtrag, erst nach Abschluss seiner Arbeit auf die erstere aufmerksam geworden zu sein.

Die Verbiegung in den Kocher'schen Fällen zeigt nun, wie K. selbst hervorhebt, etwas andere Verhältnisse als bei den übrigen Autoren. Kocher legt besonderes Gewicht auf die in seinen Fällen beobachtete Rückwärtsbiegung des Halses, die übrigens neuerdings auch Hofmeister besonders betont. In ätiologischer Beziehung hebt Kocher den Einfluss der Belastung in Folge bestimmter Beschäftigung hervor. Die Therapie bestand in 2 Fällen in der Resection.

2) v. Büngner: **Zur Radicaloperation der Hernien.** (Aus der chirurgischen Klinik in Marburg.)

Bericht über 86 von Küster an 84 Patienten vorgenommene Radicaloperationen. Die Technik besteht in: hoher Ligatur des Bruchsackhalses, zuverlässigem Verschluss des Bruchpforte (beim Leistenbruch tiefgreifende Nähte durch den ganzen Leistencanal) und exacter Etagennaht der Wunde.

Gestorben sind 7 Kranke, darunter 6 mit incarcerirten Hernien.

Der Wundverlauf brachte bei den nicht eingeklemmten 78,8 Proc. und bei den eingeklemmten 79,5 Proc. primäre Heilungen.

Für die Feststellung der Endresultate konnten nachuntersucht werden 67 Kranke mit 86 Hernien. Von den 67 Kranken sind 61 dauernd recidivfrei geblieben. Die 6 Recidive beziehen sich alle auf sehr voluminöse, seit vielen Jahren bestehende Leistenbrüche.

47 der Geheilten tragen kein Bruchband.

3) Blumberg-Dorpat: **Ueber sogenannte traumatische Epithelcysten** (Perlgeschwülste, Cholesteatome, Kystes épidermiques u. s. w.).

Verfasser vermehrt die Casuistik der seltenen Epithelcysten an den Fingern um weitere 3 Fälle (bindegewebige Kapsel mit concentrisch geschichteten Epithellagen). Die Tumoren dürfen weder als Atherome noch als Dermoide aufgefasst werden; ihr Ursprung ist, ebenso wie der der ähnlichen Cysten im Auge, ein traumatischer. Sie stehen in enger Beziehung zu den als Perlgeschwülste, Cholesteatome, Margaroide u. s. w. beschriebenen Tumoren. Als gemeinsame Bezeichnung empfiehlt B. das Sort Epithelperle oder Perlgeschwulst.

4) Sarfert: **Beitrag zur Aetiologie der eitrigen Mastitis.** (Aus Moabit-Berlin.)

In dem Eiter einer Mastitis fand S. Doppelcoccen, die er nach ihrem ganzen Verhalten als Gonococcen ansprechen zu müssen glaubt. Das Eindringen derselben in die Brustdrüse glaubt S. durch die directe Uebertragung mit der Hand erklären zu können.

Der Fall beweist auch, dass Mütter mit einer bösen Brust ihre Kinder nicht selbst stillen dürfen. Krecke-München.

Archiv für klinische Chirurgie. 48. Band. 2. Heft. Berlin, Hirschwald, 1894.

1) Hildebrand: **Weiterer Beitrag zur pathologischen Anatomie der Nierengeschwülste.** (Aus der Göttinger chirurg. Klinik.)

Enthält die genauen makro- und mikroskopischen Befunde von folgenden Tumoren: 1) kleinzelliges Nierencarcinom bei einem Kinde, 2) Carcinom des Nierenbeckens, 3) congenitale Cysteniere mit Sarkombildung. 4) 6 Nierensarkome, 5) Fibro-myo-osteosarkom der Nierenkapsel.

2) Rasumowsky-Kasan: **Sectio alta mit vollständig schliessender Blasennaht und ohne Anwendung des Katheters nach der Operation.**

Verfasser hat im letzten Jahre bei 10 Fällen von Sectio alta folgendes Verfahren angewendet. Nachdem die Blasenwunde vollständig durch die Naht geschlossen, wird die vordere Blasenwand durch Nähte an der hinteren Oberfläche der geraden Bauchmuskeln befestigt (jederseits 2 Nähte). Die Nachbehandlung geschieht ganz ohne Anwendung des Katheters. Durch die Befestigung der Blase (Cystopexie) will Verfasser die Blase möglichst wenig verschiebbar machen und sie gegen die mechanischen Insulte, die bei Harnansammlung, bei Spannung der Bauchwand, bei Contractionen der Blasenmuskeln entstehen, schützen. Die Bauchdeckenwunde wird durch die Naht vereinigt bis auf den unteren Winkel, in den ein Jodoformgazetampon kommt.

Den Verweilkatheter hat Verfasser desshalb aufgegeben, weil derselbe einen Reiz auf die Blase ausübt und häufige und unnöthige Contractionen der Blasenmuskeln hervorruft. Die Kranken sollen anstatt dessen so oft als möglich uriniren.

Die 10 in dieser Weise behandelten Fälle wurden sämmtlich glatt geheilt.

3) Ssalistschew-Tomsk: **Zur Casuistik der Nebenkröpfe.** Ein neuer wahrer isolirter lateraler Nebenkropf.

Drei an der linken Halsseite sitzende, mit der Schilddrüse in keiner Weise zusammenhängende, durch die Operation gewonnene Tumoren erwiesen sich bei der näheren Untersuchung als reine Kropfgeschwülste. Der eine Tumor sass im grossen seitlichen Halsdreieck in der Höhe des Kehlkopfes, der zweite unter dem Kopfnicker in der Höhe des oberen Kehlkopfrandes, der dritte unter dem Kopfnickerende hinter dem Schlüsselbein.

Der Fall beweist, dass die seitlichen Anlagen der Schilddrüse nicht, wie man bisher annahm, durch die Carotiden begrenzt sind.

Die übrigen Arbeiten dieses Heftes sind schon aus dem Bericht über den diesjährigen Chirurgencongress bekannt.

4) v. Bardeleben-Berlin: **Ueber frühzeitige Bewegung gebrochener Glieder, mit besonderer Rücksicht auf die untere Extremität.**

5) Korsch-Berlin: **Ueber Behandlung von Ober- und Unterschenkelbrüchen und von complicirten Brüchen mit ambulatorischen Gypsverbänden.**

6) Albers-Berlin: **Ueber Gehverbände bei Brüchen der unteren Gliedmassen.**

7) Bier-Kiel: **Weitere Mittheilungen über die Behandlung chirurgischer Tuberculose mit Stauungspyämie.**

8) Heidenhain-Greifswald: **Ueber Fussresection mit dorsalem Lappenschnitt.**

9) Heidenhain-Greifswald: **Ueber 46 Fälle von acuter Osteomyelitis.**

10) Barth-Marburg: **Ueber Osteoplastik in histologischer Beziehung.**

11) F. Grimm-Berlin: **Ueber einen Leberabscess und einen Lungenabscess mit Protozoëen.**

Krecke-München.

3. Heft. 1) Kaarsberg: **Ueber Galvanochirurgie.** (Aus dem Communehospital in Kopenhagen.)

a) Angiome. Die elektrolytische Behandlung der Angiome ist dann angezeigt, wenn entweder die Patienten so klein sind, dass sie nur schwer einen Blutverlust vertragen, oder wenn das Angiom so verbreitet ist, dass bei der Exstirpation grössere plastische Operationen nothwendig würden. Verfasser berichtet über 8 derartige mit Elektrolyse behandelte Angiome. Er ist in der Regel in der Weise vorgegangen, dass er in Chloroformnarkose beide Pole in die Geschwulst einführte und einen Strom von 50—100 Milliampères 3—7 Minuten lang einwirken liess. Alle 8 Angiome wurden geheilt.

b) Fibröse Geschwülste des Cavum pharyngo-nasale. Die radicale Behandlung dieser Tumoren auf blutigem Wege ist bekanntlich sehr schwierig. Verfasser hat bei 5 Tumoren die Elektrolyse in Form sehr starker Ströme (200 - 340 M. A.) in Anwendung gebracht. Die Technik ist keine einfache. Die eine Nadel wird durch die Nase, die andere von dem Gaumen aus eingeführt. Narkose ist nothwendig, auf die Tracheotomie muss man vorbereitet sein. 5 Assistenten sind erforderlich. 4 gutartige Tumoren wurden geheilt, allein nicht durch die Elektrolyse allein. In 2 Fällen musste zugleich Galvanokaustik angewendet werden, in einem concave Scheere und Zange.

3) **Inoperable Mammacarcinome.**

Verfasser hat bei 3 derartigen Fällen zunächst so viel als möglich mit dem Messer exstirpirt und darnach die Elektrolyse für die carcinomatösen Theile besonders zwischen Gefässen und Nerven angewendet. Stromstärke bis zu 680 M. A. Man hüte sich, den Nerven selbst zu nahe zu kommen. Die Wunde bleibt der starken Secretion wegen natürlich offen. Die in den 3 Fällen gemachten Erfahrungen sind nicht ungünstige. Es scheint, dass durch die Elektrolyse die Krebszellen nekrotisirt und ausgestossen, und eine starke Bindegewebsbildung angeregt wird.

2) Sasse: **Ostitis carcinomatosa bei Carcinom der Prostata.** (Aus dem St. Hedwigs-Krankenhause zu Berlin.)

Bei einem 61jährigen Kranken entwickelten sich unter heftigen Schmerzen Auftreibungen an beiden Ober- und Unterschenkelknochen und an der Beckenschaufel. Bei der Section fand sich eine geringgradige carcinomatöse Entartung der Prostata und zahlreiche Metastasen in den genannten Knochen (Femur, Tibia, Darmbein) und am Kreuzbein. Leber, Nieren, Nebennieren, Lungen, Peritoneum waren ganz gesund. Im kleinen Becken fanden sich einige carcinomatöse Lymphdrüsen.

Der Fall schliesst sich in typischer Weise an die von v. Recklinghausen beschriebenen metastasirenden Prostatacarcinome an.

2) K. Büdinger: **Beiträge zur Chirurgie des Ureters.**

Die Arbeit berichtet über Versuche des Verfassers mit der Implantation des Ureters in die Harnblase. Ausserdem enthält sie eine sehr sorgfältige Zusammenstellung der Literatur über die Verletzungen und Fisteln der Ureteren. Hinsichtlich der Aetiologie dieser Erkrankungen erfahren wir, dass die grösste Zahl derselben operativen Ursprungs ist. Besonders ist es die sacrale Methode der Rectumexstirpation und die vaginale Uterusexstirpation, die zu Ureterverletzungen führt. Bei der ersteren liegt die in Betracht kommende Stelle $2^1/_2$—4 cm, bei der letzteren 1—4 cm von der Mündung in die Blase entfernt.

Die Therapie der Ureterverletzungen kann bestehen in: 1) primärer Nephrektomie, 2) Anlegung einer Ureterbauchdeckenfistel, 3) Ab-

binden des Ureters zum Zweck der Erzielung einer Nierenatrophie, 4) Naht des Ureters, 5) sofortige Implantation des Ureters in benachbarte Organe (Blase, Darm).

Die primäre Nephrektomie ist unbedingt zu verwerfen. Die Anlegung einer Unterbauchdeckenfistel ist immer eine Verlegenheitsoperation. Die secundäre Exstirpation der Niere ist dann auszuführen, wenn die Schliessung der Fistel nicht gelingt. Die Ureterabbindung erscheint nach den vorliegenden Erfahrungen nicht rathsam. Die Naht des Ureters bietet grosse Gefahren. Die Implantation des Ureters in den Mastdarm ist wohl ausführbar, scheint aber nach den vorliegenden Erfahrungen nicht rathsam.

Die Implantation des Ureters in die Harnblase erscheint nach R.'s eigenen Experimenten für viele Fälle empfehlenswerth. R. hat für die Ausführung der Operation das Witzel'sche Princip der Gastrostomie angewendet, d. h. den Ureter in eine durch Nähte erhobene Falte der Harnblasenwand eingebettet. Das Nähere über die Technik muss im Original eingesehen werden. Nachdem die beiden ersten Versuche vollkommen misslungen waren, trat in 2 anderen Fällen eine glatte Einheilung des Ureters in die Blase ein. Auch zur Heilung einer künstlich angelegten Ureterbauchdeckenfistel erwies sich die Methode als brauchbar.

Die übrigen Arbeiten dieses Heftes sind bereits in dem Bericht über den diesjährigen Chirurgencongress besprochen:

4) F. Grimm-Berlin: **Beobachtungen über Osteomyelitis nonpurulenta.**

5) v. Eiselsberg-Utrecht: **Ueber physiologische Function einer im Sternum zur Entwicklung gekommenen Schilddrüsen-Metastase.**

6) Middeldorpf-Hanau: **Zur Kenntniss der Knochenmetastasen bei Schilddrüsentumoren.**

7) C. Lauensein-Hamburg: **Zur Behandlung der Innenrotation bei Pes equino-varus congenitus.**

8) C. Lauenstein-Hamburg: **Eine seltene Form der Einklemmung des Dünndarms beim Leistenbruch.**

9) K. Kramer-Köln: **Ueber Resection am Beckenring und speciell über Resection der Articulatio sacro-iliaca.**

10) J. Rotter-Berlin: **Ueber eine eigenartige Form von Hautgangrän und Pustelbildung.**

11) Reger-Hannover: **Die Weiterverbreitung der Eiterkrankheiten in geschlossenen Räumen.**

12) Haeckel-Jena: **Eine Cyste des Ductus thyreo-glossus.**

13) Kehr-Halberstadt: **Die Entfernung des eingeklemmten Gallensteines aus dem Ductus cysticus durch Incision dieses Ganges.**

14) Staffel-Chemnitz: **Zur Kenntniss der Osteochondritis dissecans.**

15) Heusner-Barmen: **Orthopädische Mittheilungen.**

16) Leser-Halle: **a) Zur Behandlung des Genu valgum leichteren Grades. b) Ueber Trockennekrose des Knochens.**

17) Petersen-Kiel: **Zur Behandlung des typischen Radiusbruches.**

Krecke-München.

Centralblatt für Gynäkologie. 1894. No. 33.

A. Mermann-Mannheim: **Sechster Bericht über Geburten ohne innere Desinfection.**

M. ist wohl der Extremste jener, im Laufe der letzten Jahre zahlreicher gewordenen Gruppe von Geburtshelfern, welche in der Prophylaxis des Puerperalfiebers Alles auf die sogenannte subjective Desinfection setzen, und die innere Desinfection der Kreissenden, die Vaginalspülungen etc. als eine nicht nur nutzlose, sondern geradezu gefahrbringende Manipulation zurückweisen. Und in der That, die Resultate M.'s, welche die Grundlage seiner Lehre bilden, sind geradezu glänzende: Unter einer fortlaufenden Reihe von 1200 Geburten nicht ein Infectionstodesfall, und nur 5—7 Proc. Gesammtmorbidität, jede Temperatur von 38,0 und darüber gerechnet, jede extragenital verursachte Temperaturerhöhung eingezählt! M. detaillirt im Folgenden seine klinischen Beobachtungen und wendet sich gegen die Anhänger der Theorie der Selbstinfection und der inneren Desinfection (Ahlfeld), sowie gegen die herrschende, jedoch falsche und zu missbilligende Richtung, das klinische Verhalten von den jeweiligen Ergebnissen der bakteriologischen Forschung abhängig zu machen.

Eisenhart-München.

Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrankheiten. XVII. Bd. 2. Heft.[1])

F. G. Novy: **Ein neuer anaërober Bacillus des malignen Oedems.** (Hygienisches Institut Michigan.)

Der neue Organismus unterscheidet sich von dem bekannten Bacillus des malignen Oedems durch mässige morphologische Differenzen. Er ist etwas länger und dicker, zeigt keine so lebhafte Bewegung und bildet keine Sporen. Er besitzt stark entwickelte Geisseln, die häufig zu gewaltigen Convoluten von Spiralform (Riesengeisseln) vereinigt sind. In Bouillonculturen kommen Kommaformen und kurze, aus 2—5 Gliedern bestehende Fäden hervor. Der Organismus ist sehr pathogen, erzeugt starke Toxine, am besten vermehrt er sich im Thierkörper, wenn gleichzeitig andere Bakterien eingespritzt werden.

Bei Thierversuchen bringt er ein rasches Sinken der Temperatur hervor.

[1]) Heft 3 dieses Bandes war bereits in No. 30 referirt.

R. Pfeiffer: **Zu der Arbeit von Professor Dr. F. G. Novy.**

Pfeiffer hat die besprochenen Riesengeisseln in ausgezeichneten Photogrammen dargestellt.

Pfuhl: **Ueber das Vorkommen des Vibrio Metschnikowii (Gamaleia) in einem öffentlichen Wasserlauf.**

Der von Pfuhl im Nordhafen zu Berlin gefundene choleraähnliche Vibrio, der bisher als Vibrio Nordhafen in der Literatur aufgeführt war, erwies sich als Vibrio Metschnikowii, womit dieser Erreger der russischen Vibrionenseptikämie der Vögel auch in Deutschland aufgefunden ist.

Walther Hesse-Dresden: **Ueber die Beziehungen zwischen Kuhmilch und Cholerabacillen.**

Die Hauptresultate sind folgende: In frischer roher Kuhmilch gehen Cholerabakterien bei Zimmertemperatur binnen 12 Stunden, bei Bruttemperatur in 6—8 Stunden zu Grunde. Die Abtödtung findet auch in keimfreier frischer Milch statt, dagegen nicht in gekochter, was Hesse veranlasst, von einer pilzvernichtenden Wirkung der lebenden Milch zu sprechen. Kurze Zeit im Dampf sterilisirte Milch ist ein guter Nährboden für Cholerabacillen. Dagegen soll wunderbarerweise eine 3 Stunden lang im strömenden Dampf sterilisirte Milch kein Nährboden mehr sein und zwar vermuthet Hesse, dass die Säuerung der Milch durch das längere Einwirken des Dampfstromes so weit zunehme, dass dadurch die Cholerabacillenwirkung gestört sei. Eine schwer zu verstehende Annahme.

In kurz sterilisirter Milch halten sich die Cholerabacillen wochenlang, bilden dabei Säuren und scheinen sich einigermassen dem Säuregehalt des Nährbodens anzupassen.

K. B. Lehmann-Würzburg.

(Schluss folgt.)

Archiv für Hygiene. XXI. Band, 1. Heft.

Prof. Dr. R. Emmerich und Dr. E. Weibel: **Ueber eine durch Bakterien erzeugte Seuche unter den Forellen.** (Hygienisches Institut München.)

In einer Fischzüchterei war auf Einsetzen von 150 von auswärts bezogenen Bachforellen eine grosse Sterblichkeit unter dem Bestande an Bachforellen, Seeforellen, Regenbogenforellen und Bachsaiblingen eingetreten. Die Krankheit liess sich als eine Furunculose mit secundärer Bildung hämorrhagisch-eitriger Herde bezeichnen. Als specifische Erreger fanden sich kurze Stäbchen, welche auf Gelatine in sehr charakteristischer Weise wuchsen. Zuerst erzeugt der Pilz im Stich und auf der Platte nur eine zarte grauliche Auflagerung, letztere frisst sich allmählich immer tiefer in der Gelatine ein, die dabei vergast wird. Im zugeschmolzenen Glase tritt an Stelle der Vergasung eine zähe Erweichung ein. Der Mikroorganismus ist bis auf das Fehlen von Eigenbewegung identisch mit Zimmermann's Bacillus devorans. Infectionsversuche an Forellen gelangen auf verschiedenen Wegen, auch schon durch Infection des Wassers, in dem sich die Forellen aufhielten. 3 Jahre lang wiederholten sich in dem befallenen Fischwasser die Erkrankungen, wobei immer deutlicher wurde, dass die Epidemie jedesmal von einem in Sumpfboden liegenden Teiche ihren Ausgang nahm. Trockenlegen der Teichumgebung beseitigte mit einem Schlage die Epidemie.

Dr. Emil Weibel: **Untersuchungen über die Infectiosität des Choleravibrio und über sein Verhältniss zum Vibrio Metschnikowii.** (Hygienisches Institut München.)

Auf verschiedenen Wegen wurde die Pathogenität von Choleravibrionen zu steigern gesucht. Dieselben verhielten sich dann gegen Tauben ähnlich wie Vibrio Metschnikowii. Auch liess sich eine gewisse Immunität von Tauben gegenüber Vibrio Metschnikowii constatiren, wenn dieselben vorher mit virulenter Cholera schutzgeimpft waren. Auch Vibrio Metschnikowii kann seine Virulenz auf Tauben vollständig verlieren. Auf diese Resultate gestützt findet auch Weibel ernstliche Zweifel berechtigt, ob die bisherige Trennung des Vibrio Metschnikowii und des Vibrio Koch in zwei verschiedenen Arten aufrecht erhalten werden darf.

Dr. med. Toyosaku Nishimura aus Japan: **Ueber den Cellulosegehalt tuberculöser Organe.** (Hygienisches Institut Berlin.)

Der Verfasser bestätigt auf die Anwendung der besten Methoden (Hoppe-Seyler's Kalischmelzmethode) gestützt, die Angaben von E. Freund in Wien, dass tuberculöse Organe Cellulose enthalten. Im Gegensatz zu manchen Wasserbakterien fand dagegen Nishimura in Culturen von Tuberkelbacillen keine eigentliche Cellulose (nur hemicelluloseartige Körper), trägt aber doch kein Bedenken, die Cellulose der tuberculösen Organe auf die Anwesenheit der Tuberkelbacillen zu schieben, unter der Annahme, dass die Cellulosebildung im Körper leichter vor sich gehe als in der Cultur.

Privatdocent Dr. Carl Günther und Dr. F. Niemann: **Bericht über die Untersuchung des Berliner Leitungswassers in der Zeit vom November 1891 bis März 1894.** (Hygienisches Institut Berlin.)

Ausführliche Angaben über chemische und bakteriologische Untersuchungen, die sich zu kurzem Referat nicht eignen. In einem Anhang über die Untersuchung des Stralauer Rohwassers auf Cholera- und Typhusbakterien vom 1. September 1892 bis 6. November 1893 wird mitgetheilt, dass weder Cholera- noch Typhusbacillen angetroffen wurden. Die bei dieser Gelegenheit entdeckten Vibrio aquatilis und Vibrio Berolinensis hält Günther auch jetzt noch für specifisch von Cholerabacillus verschieden.

K. B. Lehmann-Würzburg.

Vereins- und Congress-Berichte.

Aerztlicher Verein zu Hildesheim.

Sitzung vom 9. August 1894.

Dr. **Otto Snell** stellt einen Paralytiker vor, der sich selbst scalpirt hat.

Der Kranke, Friedrich H., ist am 14. Juli 1854 zu Hannover geboren. Er war nacheinander Schlosser, Koffermacher und Schenkwirth auf Schützenplätzen und Jahrmärkten. Wurde schon mit 13 Jahren wegen Diebstahls bestraft, später öfter aus derselben Ursache und besonders wegen Sittlichkeitsvergehen. War Potator, ist syphilitisch inficirt, kinderlos verheirathet und seit längerer Zeit von seiner Frau getrennt. Von Juli bis September 1893 war H. „wegen Alcoholismus chronicus und wahrscheinlich progressiver Paralyse" im Krankenhause zu Hannover. Am 3. Mai 1894 fing er eine Schlägerei an, in der er mehrere Messerstiche in den Kopf erhielt. Am 6. Mai fand man ihn in seiner Werkstätte blutüberströmt und damit beschäftigt, sich mit einem Tischlerpfriemen die Kopfhaut abzulösen. Etwa 3/4 derselben hatte er schon entfernt. Er wurde in das Krankenhaus zu Hannover gebracht, wo er sehr unruhig war, Möbel zertrümmerte und die ausschweifendsten Grössenideen äusserte. Am 21. Juli 1894 wurde der Kranke in die Irrenanstalt zu Hildesheim aufgenommen. Er war von blasser Gesichtsfarbe und einem Körpergewicht von 57 Kilo bei 167 cm Körperlänge. Körpertemperatur am 1. Tage seines Hierseins Morgens 36,7, Abends 37,3. Von dem Schädelknochen lag ein Stück von der Grösse eines silbernen 5-Markstückes frei, der Rest war von lebhaft rothen Granulationen bedeckt. In der 3. Nacht riss sich Patient, obwohl bei ihm gewacht wurde, nicht nur den Verband, sondern auch mehrere Fetzen von den Granulationen ab, so dass eine heftige Blutung entstand.

Bei der Vorstellung zeigt sich die obere Stirn und der Kopf von einer grossen, gleichmässig rothen Fläche von Granulationen bedeckt. Ueber den Ohren und am unteren Theile des Hinterkopfes ist ein schmaler Streifen der behaarten Kopfhaut erhalten. Zwischen ihr und der granulirenden Fläche liegt ein schmaler Streifen neugebildeter Haut. Die Pupillen sind ungleich, reagiren aber auf Lichteinfall, die ausgestreckte Zunge zittert, die Sprache ist nicht erheblich gestört. Der Kranke unterscheidet an den Schläfen und dem erhaltenen Reste der Kopfhaut bei der Berührung mit einer Stecknadel richtig Spitze und Knopf, wenn er der Untersuchung die nöthige Aufmerksamkeit zuwendet. Bei rasch aufeinander folgenden Nadelstichen gegen die Schläfe weicht er zurück und gibt an, er empfinde Schmerzen. H. leugnet, sich selber verstümmelt zu haben und behauptet, das sei in einer Schlägerei geschehen. Von Selbstbeschädigungsideen äussert er jetzt nur, er wolle sich den Penis abschneiden und in 4 Theile spalten, um seine aussergewöhnliche sexuelle Leistungsfähigkeit noch weiter zu erhöhen. Sonst äussert er die ausschweifendsten Ueberschätzungsideen, behauptet, täglich Millionen zu verdienen, will das Meer austrocknen, um Ackerland zu gewinnen, will 900 Frauen zugleich heirathen u. s. w.

Der vorliegende Fall ist in mehrfacher Beziehung von Interesse. Dass so schwere Beschädigungen, wie die gezeigte, schliesslich heilen, ist mehrfach beobachtet. Ausser durch das Scalpirmesser der Indianer ist auch durch die Tatze von Bären und dadurch, dass weibliche Arbeiter mit den Haaren in das Getriebe von Maschinen geriethen, eine Abschälung der Kopfhaut hervorgebracht, die, wenn auch erst nach langer Zeit, zur Heilung gelangte.[1]) Es darf erwartet werden, dass auch bei unserem Kranken, wenn er nur trotz seiner Paralyse lange genug am Leben bleibt, die Wunde schliesslich heilen wird. Selbstverstümmelungen von Geisteskranken kommen in noch schwererer Weise vor, als hier der Fall ist. In der Literatur findet sich ein Fall, dass ein Augapfel[2]), zwei andere, in denen beide Augen[3]) ohne Anwendung von Werkzeugen ausgerissen wurden. In der Irrenanstalt zu Göttingen riss sich eine Kranke die Zunge aus[4]). In Venedig kreuzigte ein Geisteskranker im Jahre 1805 sich selbst, nachdem er sich 3 Jahre früher die Genitalien abgeschnitten hatte[5]). In der Mehrzahl dieser Fälle ist erhebliche Analgesie nachgewiesen, was bei unserem Kranken nicht der Fall ist. Auch entstanden die anderen Selbstbeschädigungen bei Melancholischen oder Wahnsinnigen gewöhnlich unter der Einwirkung von Sinnestäuschungen. Dieser Kranke dagegen ist paralytisch und sieht die Welt im rosigsten Lichte.

Die Behandlung der Verletzung wird durch das Verhalten des Kranken erheblich erschwert. Das Abreissen des Verbandes mit den Händen würde sich wohl verhindern lassen, wenn man sich entschliessen wollte, dem Kranken eine Zwangsjacke anzulegen. Doch würde die Unruhe des Kranken und das Scheuern mit dem Verbande an den Wänden und anderen harten Gegenständen jedenfalls vermehrt werden. Dagegen ist es wohl gestattet, dem Kranken Narcotica in grösseren Dosen zu verabreichen, um ihm Nachts Ruhe zu schaffen. Vor einer Gewöhnung an Narcotica und vor einem ungünstigen Einflusse auf die Intelligenz braucht man sich bei diesem paralytischen Kranken nicht zu fürchten. Von dem Versuche, durch Transplantation von Hautstücken die Ueberhäutung der granulirenden Fläche zu beschleunigen, wird man in dem vorliegenden Falle absehen müssen.

Discussion: Dr. Gerstenberg erinnert daran, dass von Ludwig Meyer in Göttingen gegen Paralyse die Anlage einer Fontanelle auf der Scheitelhöhe mittelst Tartarus stibiatus-Salbe empfohlen war. Diese Therapie sollte eine Ableitung schaffen, die noch erhöht würde dadurch, dass die Fontanelle lange Zeit offen und in Eiterung erhalten würde. Die hier vorliegende Verletzung mit der nachfolgenden Bildung einer grossen eiternden Fläche, deren Absonderung nun schon Wochen lang anhält, bildet gewiss eine stärkere Ableitung, als sie durch die Anlage einer Fontanelle erzielt werden kann. Eine günstige Einwirkung auf den Verlauf der Paralyse ist in diesem Falle nicht in die Erscheinung getreten.

[1]) Bergmann, Die Lehre von den Kopfverletzungen. Handbuch der allgemeinen und speciellen Chirurgie von Pitha und Billroth. Bd. 3, Abth. 1. A, Abschn. 1. Stuttgart, 1866–1873. S. 18.

[2]) Ideler, Allgemeine Zeitschrift f. Psychiatrie. Bd. 27, S. 717.

[3]) Bergmann, daselbst, Bd. 3, S. 365. Freymuth, daselbst, Bd. 51, S. 260.

[4]) Flügge, Ein Fall von Selbstverstümmelung einer Geisteskranken. Archiv für Psychiatrie. Bd. 2, 1880, S. 184.

[5]) Marc, De la folie. Paris, 1840. Bd. I, S. 348–358.

Aerztlicher Localverein Nürnberg.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 5. April 1894.

Vorsitzender: Dr. Heller.

Dr. **Epstein** demonstrirt: a) Einen Fall von Tuberculosis cutis verrucosa. b) Einen Fall von Lippensklerose. c) Einen Fall von Lupus vulgaris. d) Zwei Fälle von Favus.

Dr. **Neuberger:** a) Vorstellung eines Falles von **Lupus vulgaris der Hand.**

Der Fall betrifft eine 55 jährige Frau, in deren Familie schon mehrere Mitglieder an Phthisis verstorben sind. Die Affection, welche vor 2 Jahren begonnen und sich allmählich weiter verbreitet hatte, nimmt die Dorsalfläche des Daumens der linken Hand ein.

Früher war diese Gegend mit zahlreichen Knötchen besetzt, jetzt ist nach Application einer 10 proc. Pyrogallussalbe an den meisten Stellen Vernarbung eingetreten, an einigen Stellen bildet sich ein Recidiv aus.

Der Vortragende bespricht im Anschluss an diesen Fall die Tuberculosis cutis verrucosa in differential-diagnostischer Hinsicht und führt einzelne Statistiken (Hahn, Block) an betreffs der Häufigkeit des Befallenwerdens der Extremitäten beim Lupus. Der Lupus ist in Nürnberg nach Ansicht des Redners eine seltene Affection.

b) Vorstellung eines Falles von **Vitiligo migrans.**

Bei dem vorgestellten Patienten haben sich im Verlauf einiger Jahre zahlreiche weisse pigmentlose Flecken gebildet, deren Umgebung stärker pigmentirt ist. Die Localisation dieser eigenartigen, eine zumeist ovaläre Form aufweisenden markstück- bis fünfmarkstückgrossen weissen Flecken ist vorzugsweise: Unterleibsgegend, Beuge- und Streckseite der unteren Extremitäten. Eine symmetrische oder bestimmte Nervenbahnen folgende Anordnung der Flecken ist nicht nachzuweisen.

Redner verbreitet sich sodann ausführlicher über Albinismus und Vitiligo im Allgemeinen und betont, dass nach Aussagen des Patienten auch das $1^1/_2$ Jahre alte Kind desselben seit jüngster Zeit beginnende ähnliche Erscheinungen aufweisen soll, was, da Heredität bei Vitiligo beobachtet ist, nicht unmöglich erscheint.

Derselbe: **Zur Therapie der Furunculose.**

Der Vortrag ist in extenso in der von Prof. Lassar herausgegebenen „Dermatologischen Zeitschrift" veröffentlicht.

Redner empfiehlt zur Behandlung einzelner und multipel auftretender Furunkel das 10 proc. Salicylseifenpflaster, das er in etwa 30 Fällen verschieden localisirter Furunkel mit günstigstem Erfolge verwendet hat.

Die Einfachheit des Verfahrens und die günstige Wirkung (durch die macerirende und antiseptische Wirkung des Pflasters). lassen diese Methode bei messerscheuen Patienten und bei ambulanter Behandlung geeignet erscheinen.

Dr. **Carl Koch** theilt die Operationsgeschichte eines Falles von Nervenextraction nach Thiersch mit und demonstrirt den extrahirten Nervus infraorbitalis.

Sitzung vom 19. April 1894.
Vorsitzender: Dr Heller.

Dr. **Paul Giulini: Prolaps der weiblichen Harnröhre.**

Vortragender verbreitete sich über das Vorkommen des Vorfalls der weiblichen Urethralmucosa und gelangte zu dem Resultat, dass diese Erkrankung selten beobachtet wird; sodann ging er zur Beschreibung eines Falles über, den er am 14. November 1893 zur Behandlung bekam.

Er wurde zu einem 11 jährigen Mädchen gerufen mit dem Bemerken, dass dasselbe starke Unterleibsschmerzen und einen beständigen Drang zum Uriniren habe, dabei aus der Geschlechtsgegend blute und daselbst eine schwarze Geschwulst zu sehen sei. Die Anamnese ergab, dass Patientin schon mindestens 8 Tage Durchfall mit starkem Stuhldrang gehabt und bei der letzten Verrichtung die Geschwulst sich gezeigt habe. Bei der Untersuchung war die Unterlage mit Blut durchtränkt, das aus der Vulva hervorquoll. In der Gegend der Harnröhrenmündung zeigte sich eine über 1½ cm lange, wallnussgrosse, dunkelblaurothe, leichtblutende, polypenartige Geschwulst, die sich an die linke Vaginalwand anlegte, das linke Labium majus verdeckte und von demselben ihren Ausgang zu nehmen schien. Bei genauerer Untersuchung wurde auf der Höhe der Geschwulst etwas nach rechts eine rundliche Vertiefung entdeckt; diese mit dem Katheter sondirt, zeigte sich als Eingang in die Harnröhre, durch welche man mit Anwendung einiger Kraft in die Blase gelangte, aus welcher sich klarer Urin entleerte. Nach weiterer Untersuchung aller Theile der Vulva war es unzweifelhaft festzustellen, dass die Geschwulst von der Harnröhre ausging und nur ein ringförmiger Vorfall derselben sein konnte. Da eine Reposition nicht glückte, wurden, um die Blutung zu stillen und eine Abschwellung zu erreichen, Umschläge mit verdünntem Bleiessig, dann mit 10 proc. Alumnollösung gemacht. Gleichzeitig versuchte man mit Hegar'schen Dilatatoren und einer Salbe (Acid. tannic. 1,0, Extract. Secal. cornut. 1,5, Cocain 0,25, Vaselin 5,0) den Muskelkrampf zu beseitigen und die Schleimhaut zur Abschwellung und in die Harnröhre zurückzubringen. Nach ungefähr 8 Tagen war damit auch eine bedeutende Verkleinerung der Geschwulst eingetreten, so dass jetzt der Vorfall mit dem Dilatator zurückgebracht werden konnte, jedoch nach Entfernung desselben in geringerem Grade sich wieder bildete. Unter der Anwendung von Ichthyol, stärkeren Adstringentien und Aetzmitteln und damit verbundener Reposition war nach 8 Wochen vollkommene Heilung erzielt. In ätiologischer Beziehung ist noch anzufügen, dass die Harnröhre des Mädchens verhältnissmässig weit war und dass die Mutter des Kindes mit 12—13 Jahren dasselbe Leiden hatte. Auch bei derselben sei Heilung ohne Operation eingetreten.

Vortragender verbreitete sich dann weiter über die Anatomie der Harnröhre, auf Grund derselben die Entstehung des Vorfalls erklärend und die Ansicht aussprechend, dass bei der Therapie der umgekehrte Weg, den der Vorfall bei der Entstehung genommen, einzuschlagen sei, d. h. erst müsse der Muskelkrampf, die erste Ursache, durch Einführung immer grösserer Dilatatoren und Salben beseitigt werden; dadurch würden dann die Stauungen nachlassen, es trete Abschwellung ein. Die dann mit Aetzmitteln behandelte Schleimhaut trete immer mehr zurück und lege sich an ihre Muskelunterlage wieder an. Käme man auf diese Weise nicht zum Ziele, dann sei ein operativer Eingriff nöthig.

Es wurden ferner ausführlich alle Erkrankungen, welche einen Vorfall verursachen können, erwähnt und mit der Besprechung der verschiedenen Operationsmethoden der Vortrag beendigt.

Dr. **Sigmund Merkel** demonstrirt das Präparat einer **Hufeisenniere.**

Das Präparat stammt von einer an Apoplexia cerebri gestorbenen 63 jährigen Frau.

Die beiden Nieren sind durch Nierensubstanz verbunden. Mit dieser Verschmelzung beider Nieren war auch eine erhebliche Verlagerung beider Nieren, eine Dystopie, verbunden. Die Verschmelzungsstelle lag unmittelbar über dem Promontorium. Die beiden Ureteren mündeten an normaler Stelle in die Harnblase; auffallend war noch, dass der linke Ureter über und vor der Vereinigungsstelle verlief, dagegen der rechte hinter derselben.

Die Verschmelzung der Nieren hat nach Ziegler ihren Grund darin, dass die nach oben wachsenden Nierengänge oder deren zur Niere sich entwickelnde Enden frühzeitig untereinander in Berührung kommen. Die tiefe Lage dieser Nieren spricht dafür, dass gleichzeitig der Nierengang verhindert wurde, nach oben zu wachsen.

Dr. **Schilling** berichtet über einen Fall von **acuter Bromoform-Vergiftung** bei einem Kinde, welches unbeaufsichtigt das Arzeneiglas auf ein Mal austrank und dadurch etwa 2 g Bromoform in sich aufnahm. Ausser einem mehrere Stunden dauernden tiefen Schlaf traten keine weiteren Erscheinungen auf.

Im Anschluss an diese Mittheilung über Bromoform-Vergiftung berichtet Dr. **Heinrich Koch** über einen gleichen von ihm im Jahre 1891 beobachteten Fall:

In einer Familie, in der 4 Kinder an Keuchhusten litten, war Bromoform in einer Schüttelmixtur von 2,0/200,0 verordnet worden, die je nach dem Alter der Kinder in verschiedener Dosis verabreicht wurde. Eines Tages als die Verordnung repetirt werden sollte, gab die Mutter dem 4 jährigen Mädchen den letzten Rest der Mixtur und schickte das Kind mit einer älteren Schwester in die nahe Apotheke. Das Kind, welches ganz munter das elterliche Haus verlassen hatte, wurde in der Apotheke ganz plötzlich von tiefem Schlaf erfasst, so dass es nach Hause getragen werden musste. Hier stellten sich bald bedrohliche Erscheinungen ein: schlaffe eiskalte Extremitäten, starke Cyanose der Lippen, Finger und Zehen, hochgradige Verengung der Pupillen, Fehlen des Cornealreflexes, völlige Empfindungslosigkeit der Haut; Puls 92, ganz schwach; Herztöne nur ganz leise vernehmbar; Athmung äusserst oberflächlich; unwillkürlicher Abgang von Koth und Urin. In Folge sofort vorgenommener künstlicher Respiration wurde die Athmung wieder besser, die Herzaction kräftiger; zugleich stellte sich ein intensiver Bromoformgeruch aus dem Munde ein. Bäder mit kalten Uebergiessungen und gründliche Ausspülungen des Magens beseitigten die Gefahr, so dass nach 1 stündiger Thätigkeit die kleine Patientin sich wieder selbst überlassen werden konnte. Es blieb noch für die nächsten Tage grosse Neigung zum Schlafen, sowie eine beträchtliche Herabsetzung der Sensibilität zurück.

Die Gabe, welche das Kind bekommen hat, dürfte im höchsten Fall ½ g betragen haben, und dieselbe gelangte noch dazu in einen mit Sauerkraut stark angefüllten Magen.

Dr. **Heinrich Koch** berichtet a) über eine **traumatische subcutane Durchtrennung des langen Tricepskopfes am linken Arme.**

Ein sehr muskelkräftiger Arbeiter wurde am linken Arm von einer Transmission erfasst. Dadurch wurde sein linker Hemdärmel zu einem festen Strang aufgerollt, welcher etwas oberhalb der Grenze des oberen Drittels den Oberarm torquirte, eine ca. 1½ cm breite Strangulationsfurche hinterlassend. Während sonst weiter keine Beschädigungen verursacht wurden, war der lange Kopf des M. triceps subcutan durchtrennt worden.

Die bei erhobenem Arm normal vorhandene, durch den langen Tricepskopf gebildete Convexität zeigte eine tiefe Einsattelung; beim Palpiren konnte man eine ca. 4 cm breite klaffende Lücke im Muskelbauch constatiren. Eine Functionsstörung war durch die Verletzung nicht gesetzt worden.

b) über eine **Vagina septa.**

Das Septum theilte die Scheide der Länge nach in zwei gleich weite Canäle und verlief genau in der Mittellinie. Es endete sattelförmig ziemlich nahe an der Portio; der Uterus war normal.

Bei einem im Jahre 1892 eingetretenen Abortus bildete das Septum ein Hinderniss für die Ausstossung des Eies. Dasselbe, in toto gelöst, ritt mit seinem unteren Theil auf der inneren sattelförmigen Kante des Septums, während der obere Theil sich noch im Cervix befand. Es stellte sich eine starke Blutung ein, welche eine künstliche Entfernung des Eies erforderte.

1½ Jahr nach dem Abortus gebar die 26 Jahre alte Frau ein völlig ausgetragenes Kind in I Schädellage. Für den kindlichen Kopf war das Septum kein Hinderniss; er schob dasselbe von der hinteren Verwachsungsstelle ab, so dass die hintere Vaginalwand in ganzer Länge klaffte und das Septum an der vorderen Wand als schlaffer Lappen hing.

Im Uebrigen verlief die Geburt normal.

Dr. **Bauer:** Ueber einen Fall von **Oberkieferhöhlen-Eiterung.**

Ein 3 jähriges Kind fiel ca. 14 Tage vor Ostern mit der rechten Gesichtshälfte auf die Kante einer ausgezogenen Commodeschublade. Die betreffende Gegend schwoll ziemlich stark an, und röthete sich. Nach ca. 8 Tagen entleerte sich aus der rechten Nase Blut und Eiter. Darauf anscheinend etwas Besserung. Nach ein paar Tagen wieder blutig eiteriger Ausfluss aus der Nase. Zugleich zeigt sich eine ca. 10 pfennigstückgrosse fluctuirende Stelle ungefähr über der Fossa canina.

Nun wurde Vortragender zur Untersuchung der Nase zugezogen. Derselbe fand: Die Gegend des ganzen rechten Oberkiefers infiltrirt, die Haut darüber geröthet, entsprechend der vorher bezeichneten Stelle Fluctuation. Der Naseneingang mit bräunlichen Borken bedeckt; bei der Untersuchung des Naseninneren zeigte sich im unteren Nasengange blutig eiteriges Secret, das nach dem Abtupfen immer wieder nachquoll. Der mittlere Nasengang war frei. In Uebereinstimmung mit dem behandelnden Arzt wurde am nächsten Tag die rechte Oberkieferhöhle vom unteren Nasengang theils mit dem Miculicz'schen Instrument, theils mit der Schäffer'schen Löffelsonde breit eröffnet, dann ausgespült und mit Jodoformgaze tamponirt. Der Erfolg war ein rascher und guter. Nach wenigen Tagen war die Infiltration wesentlich zurückgegangen, die fluctuirende Stelle, an welcher bereits ein Durchbruch nach Aussen zu erwarten stand, verschwand. Der Jodoformgazetampon, der anfangs täglich, später seltener gewechselt wurde, wurde nach ca. 8 Tagen immer mehr verkürzt. Nach etwa über 14 Tagen war kaum ein Unterschied zwischen den beiden Gesichtsseiten mehr wahrzunehmen. Der Tampon war nur mit schleimigem Secret durchtränkt. Nach 3 Wochen konnte derselbe weggelassen und das Kind als geheilt bezeichnet werden.

Es handelte sich hier um einen der seltenen Fälle von Empyema antr. Highmor. entstanden durch ein von aussen einwirkendes Trauma.

Aus den Pariser medicinischen Gesellschaften.

Société Médicale des Hôpitaux.

Sitzung vom 27. Juli 1894.

Der Streptococcus im Munde des Gesunden und Kranken.

Nachdem Vidal und Besançon vor Kurzem nachgewiesen hatten, dass der Streptococcus sich ständig und sehr zahlreich im Munde des gesunden Menschen finde, dehnten sie ihre Untersuchungen nun auch auf Kranke aus und fanden bei 49 Personen, welche mit den verschiedensten Leiden behaftet waren, ständig Streptococcen in grosser Menge und zwar durch den Nachweis mit Gelatineculturen. Der Versuch, eine Verschiedenheit unter den Streptococcen festzustellen und mehrere Arten derselben zu constatiren, wie es besonders deutsche Forscher in letzter Zeit thaten, konnte nicht gelingen, da die meisten angenommenen Charakteristica sich in Folge ihrer Unbeständigkeit als trügerisch für eine Classification erwiesen.

Was jedoch die Virulenz der so verschiedenen isolirten Streptococcen betrifft, so konnte auch hier fest gestellt werden, dass der Streptococcus, welcher einer erysipelatösen Stelle entstammt, eine ganz specielle Virulenz besitzt wie kein anderer Mikroorganismus. Unter die Haut des Ohres bei einem Kaninchen injicirt, kann dieser Streptococcus schnellen Tod durch Septikämie herbeiführen, meist verursacht er aber ein Erysipel, dessen klinische und histologische Entwickelung gleich jener des beim Menschen auftretenden Erysipels ist. Die von Vidal und Besançon zur Untersuchung verwandten Thiere können in 3 Gruppen getheilt werden, je nachdem sie mit Streptococcen aus der Mundhöhle eines Gesunden, eines Erysipelatösen oder eines an einer anderen Krankheit Leidenden entnommen sind. Diejenigen der ersten Gruppe haben nie Erysipel oder Septikämie verursacht; die Streptococcen, welche aus dem Munde von 10 Erysipelkranken stammten, verursachten 1 mal Septikämie und den Tod am 3. Tag und 2 mal ein typisches Erysipel. Die anderen Streptococcen, welche aus dem Munde anderweitig Kranker entnommen wurden, erzeugten beim Kaninchen nur ein einziges Mal Erysipel und zwar in einem Falle, wo es sich um eine pseudomembranöse, nicht diphtheritische Angina handelte. Unter gewissen Bedingungen können jedoch all diese im Munde des Gesunden oder Kranken ständig vorkommenden Streptococcen pathogene Eigenschaften annehmen, so dass stets die Gefahr vorhanden ist, es möge ein Erysipel oder eine andere Secundärerkrankung ausbrechen; dazu ist im Allgemeinen nur nöthig, dass der Mikroorganismus eine Association mit einem anderen, z. B. dem virulenten Coli-Bacillus eingehe und in den Organismus des Kranken eindringe. Die Thatsache, dass stets mit der grössten Leichtigkeit bei 69 Personen in der gesunden oder kranken Mundhöhle Streptococcen gefunden wurden, lehrt uns schliesslich, die Eintheilung gewisser Mund- und Rachenerkrankungen nach der Gegenwart von Streptococcen nicht so ohne Weiteres vorzunehmen.

Diagnose der Diphtherie; Behandlung derselben mit übermangansauerem Kali.

Catrin sah vom 15. December 1893 bis 1. Mai 1894 28 Fälle von pseudo-membranöser Angina, welche bei ihrem Eintritt sämmtlich für Diphtherie angesehen wurden, wovon aber bei der bakteriologischen Untersuchung nur 8 als echte Diphtherie sich erwiesen. Die klinische Diagnose derselben ist also nicht gar leicht und nur durch bakteriologische Untersuchung zu stellen. Die Gram'sche Methode leistet in diesen Fällen die besten Dienste, da die anderen dem Löffler'schen Bacillus ähnelnden Bacillen sich mit dieser Methode nicht färben lassen; die Reinculturen geben natürlich noch sicherere Resultate; ausnahmsweise jedoch kommt es vor, dass die Bacillen abgestorben sind und sich nicht züchten lassen. Um völlig sicher zu gehen, muss man zur Ueberimpfung auf das Meerschweinchen greifen, denn es existirt in der That ein Bacillus, welcher alle Eigenschaften des Löffler'schen besitzt, aber nur nicht virulent ist, d. i. der Bacillus pseudodiphtheriticus.

Zur Behandlung verwandte Catrin eine Lösung (1:200) von übermangansauerem Kali zum Pinseln und Gurgeln; ersteres geschah alle 2—4 Stunden je nach der Schwere des Falles, der Menge von Pseudomembranen und der Schnelligkeit ihrer Neubildung. Vor der Carbolsäure hat dieses Mittel den Vorzug, nicht unangenehm, nicht schmerzhaft und nicht ätzend zu sein, vor dem Sublimat den der geringeren Giftigkeit. Die Resultate, welche C. erzielte, bezeichnet er als glänzende (75 Proc. Heilung), stehen jedoch den von Moizard mit dem Sublimat erzielten (83—95 Proc.) nach.

Sevestre sah wenig Erfolg von noch stärkeren Lösungen des Kali hypermanganicum, hält es aber für ein treffliches Mittel, besonders in Lösung von 1 : 1000, bei der Vulvitis kleiner Kinder.

Rendu empfiehlt das Mittel in 5 proc. Lösung vor Allem bei schwerer gangränöser (nicht diphtheritischer) Angina; man kann es ohne Scheu anwenden, es wirkt keineswegs toxisch und in einem Falle hatte sich der Anfangs sehr ernste Zustand schon nach 8 Tagen gebessert.

Untersuchungen über die Wirkung des Natron bicarbonicum und Na citricum auf die Magenverdauung.

Albert Mathieu und Laboulais hatten folgende Ergebnisse bei ihren diesbezüglichen Untersuchungen:

1) 0,5 g Na bicarb., 1/2 Stunde vor der Mahlzeit genommen, haben keinen nennenswerthen Einfluss auf die chemische Zusammensetzung des Magensaftes, — derselbe wurde 40 Minuten nach der Ewald'schen Probemahlzeit entnommen.

2) 3 g Na bicarb., ebenso eingeführt, vermehrte zwar die Chloralkalien, verminderte aber in höherem Grade die freie und gebundene Salzsäure, so dass bei der Ausscheidung der Salzsäure im Ganzen eine Verminderung eintrat.

3) Die Menge des Magensaftes war bedeutend unter dem Mittel, wenn man 3 g Na bicarb. 1/2 Stunde und 1 Stunde vor der Probemahlzeit gegeben und dieselbe nach 40 Minuten entnommen hat (im letzten Falle 50 ccm statt 118); wurde dagegen die Mahlzeit schon nach 30 Minuten ausgehebert, so fand man 205 ccm.

Das doppeltkohlensaure Natron, in der Dosis von 3 g vor der Mahlzeit gegeben, scheint also die Absonderung des Magensaftes zu beschleunigen.

4) 1 g Na citric., 1/2 Stunde vor der Probemahlzeit gegeben, hatte nach 40 Minuten die Salzsäureabsonderung vermindert, 1 Stunde zuvor genommen, deutlich vermehrt.

5) Wird der Speichel zwischen der Probemahlzeit und der Herausheberung des Mageninhalts verschluckt oder ausgeworfen, so hat dies keinen merklichen Einfluss auf den Chemismus des Magens. St.

Sterbecassaverein der Aerzte Bayerns, a. V.

Die nach § 12 der Satzungen vorgeschriebene II. ordentliche Generalversammlung findet am 1. October l. J., Nachmittags 5 Uhr im Saale des Reisingerianums in München (Sonnenstrasse 17) statt.

Tagesordnung: 1) Geschäfts- und Rechenschaftsbericht, 2) Decharge des Vorstandes, 3. Wahl des Vorstandes und der Ergänzungsmitglieder.

Ueber weitere Anträge kann nur dann Beschluss gefasst werden, wenn dieselben spätestens 8 Tage vor der Versammlung schriftlich beim Vorstand eingereicht und nachträglich auf die Tagesordnung gestellt werden (§ 13 der Satzungen).

München, den 18. August 1894.

Der Vorstand des Sterbecassavereines der Aerzte Bayerns, a. V.

Verschiedenes.

(Maassregeln zur Bekämpfung der Cholera.) Die Vorstandschaft des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege versendet jetzt mit dem Programm ihrer vom 19.—22. September in Magdeburg stattfindenden Jahresversammlung den Wortlaut der von den Referenten über die zur Discussion stehenden Themen aufgestellten Schlusssätze. Ohne unserem seinerzeitigen Bericht über die Versammlung vorzugreifen, wollen wir heute schon die Thesen mittheilen, welche über das Thema: „Die Maassregeln zur Bekämpfung der Cholera „von den Referenten Geheimrath Dr. v. Kerschensteiner und Professor Dr. Gaffky vereinbart wurden. Dieselben können ein besonderes Interesse beanspruchen nicht nur wegen der jetzt wieder drohenden Choleragefahr, sondern weil sie, von hervorragenden Vertretern der localistischen und der contagionistischen Choleratheorie aufgestellt, zeigen, dass die Forderungen dieser beiden Theorien keineswegs so unvereinbar sind, wie man lange geglaubt hat. Wenn nach den v. Kerschensteiner-Gaffky'schen Sätzen bei einer kommenden Cholera-Epidemie gehandelt werden wird, so wird viel unnöthige Belästigung von Personen, Handel und Verkehr verhütet werden, ohne dem Erfolg der zu ergreifenden Maassregeln Eintrag zu thun. Die Sätze lauten:

1) Die Erfahrungsthatsachen über zeitliche, örtliche und persönliche Disposition, sowie über die Immunitäten, zeitliche, örtliche und persönliche, verdienen unbeschadet der Bedeutung des Cholera-Vibrio

als unmittelbaren Krankheitserregers auch heute noch volle Beachtung.

2) Den sichersten Schutz gegen Cholera-Epidemien gewährt die schon in cholerafreien Zeiten auszuführende Assanirung der Städte und Ortschaften, insbesondere deren reichliche Versorgung mit reinem Wasser, sowie entsprechende Beseitigung der Abfallstoffe.

3) Bei drohender Invasion der Cholera ist Vorsorge zu treffen für frühzeitige Erkenntniss der Cholera-Erkrankungen, zuverlässiges Meldewesen, unauffällige Ueberwachung Zugereister; bei Verdächtigen bakteriologische Untersuchung; Ueberwachung des See- und Flussschifffahrtsverkehrs; Bereitung von Räumlichkeiten und Transportmitteln für Kranke und Verstorbene.

4) Beim Auftreten der Cholera: Isolirung der Kranken oder Verdächtigen, soweit wie möglich ohne Anwendung von Krankenhauszwang; Desinfection der Ausscheidungen und der mit letzteren verunreinigten Gegenstände; Evacuation von inficirten schlechten Wohnungen und Flussfahrzeugen; Schliessung von nachweislich inficirten oder infectionsverdächtigen Wasser-Entnahmestellen; Heranziehung eines erfahrenen Sachverständigen bei weiterer Verbreitung der Cholera.

5) Verkehrsbeschränkungen hinsichtlich der Ein- und Durchfuhr sind auf das Mindestmaass zurückzuführen; der Waarenverkehr bleibe unbehelligt, beim Personenverkehr beschränke man sich auf eine einfache ärztliche Controle. Nahrungs- und Genussmittel sind hinsichtlich ihrer Provenienz wie andere Waaren zu behandeln, hinsichtlich ihrer Qualität aber einer strengen gesundheitspolizeilichen Beaufsichtigung zu unterstellen. Quarantänen sind durch vernünftig eingerichtete Revisionen zu ersetzen.

6) Der Ausdruck „Stromverseuchung" bedarf bei seiner enormen verkehrswirthschaftlichen Bedeutung einer Einschränkung dahin, dass vereinzelte Vorkommnisse ferner nicht mehr als Gründe zur Anwendung dieses Wortes angesehen werden.

7) Behufs Ermöglichung menschenwürdiger und menschenfreundlicher Pflege der Kranken innerhalb wie ausserhalb der Krankenhäuser und der Fürsorge für Arme und Hülflose in geordneter Nothstandspflege ist auszusprechen, dass bei sachgemässem reinlichem Verhalten der Verkehr mit cholerakranken Personen ungefährlich ist.

8) Die internationalen Bestrebungen, die Cholera auf ihre Heimath zu beschränken und ihre Verschleppung zu verhüten. wie sie in den Pariser und Dresdener Beschlüssen Ausdruck finden, sind dankbar anzuerkennen und ihr wirksamer Vollzug kräftigst zu fördern.

Therapeutische Notizen.

(Das Extractum Jurubebae) wird als Stomachicum bei chronischen Dyspepsien aus verschiedenen Ursachen von Michaelis-Berlin empfohlen. Das angewendete Präparat war von Gehe-Dresden aus der Wurzel von Solanum pariculatum als Fluidextract frisch hergestellt worden und die Dosis betrug bis zu 3 Gramm 3 mal des Tages. Bei allen Kranken konnte eine unzweifelhafte Steigerung des vorher nicht regen Appetits, ferner ein behagliches Gefühl nach der reichlicher als früher genossenen Mahlzeit beobachtet werden. Auf Gallensteine, sowie auf Obstipation war keine Wirkung zu erkennen.

(Therap. Monatshefte 1894, No. VIII.)

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 28. August. Die Ernennung unseres hochgeschätzten Mitarbeiters Professor Dr. Soxhlet zum Doctor medicinae honoris causa der Universität Halle wurde von uns bereits in dem Berichte über die 200jährige Jubelfeier der Universität Halle-Wittenberg erwähnt (No. 32). Wir können uns nicht versagen, hier den Wortlaut mitzutheilen, mit welchem diese Ehrenerweisung begründet wird:

FRANCISCO SOXHLET

QVI CVM ALIIS MVLTIS ET EGREGIIS INVENTIS TVM PRAECIPVE DISQVISITIONIBVS DE LACTIS NATVRA ET COMPOSITIONE ACCVRATISSIME INSTITVTIS NON MODO PHYSIOLOGIAE ET CHEMIAE PHYSIOLOGICAE PROGRESSVM HAVD MEDIOCRITER AVXIT ATQVE ADIVVIT SED RATIONE SVBTILISSIME EXCOGITATA ILLVD PRIMARIVM INFANTVM NVTRIMENTVM INTEGRVM CONSERVARE ET AB OMNI INFECTIONE NOXIA VINDICARE DOCVIT CVI SALVBERRIMO INVENTO INNVMERORVM HOMINVM VALETVDINEM ATQVE ADEO VITAM CONSERVATAM DEBERI IVRE MERITOQVE PRAEDICATVR.

(Franz Soxhlet, welcher durch viele ausgezeichnete Entdeckungen, hauptsächlich aber durch sehr sorgfältig ausgeführte Untersuchungen über die Natur und die Zusammensetzung der Milch die Fortschritte der Physiologie und der physiologischen Chemie in hervorragender Weise gefördert und durch eine äusserst scharfsinnig erdachte Methode gelehrt hat, jene erste Nahrung des Kindes unzersetzt zu erhalten und vor jeder schädlichen Infection zu bewahren, eine ungemein heilbringende Erfindung, der mit vollstem Rechte nachgerühmt werden kann, dass ihr eine unzählbare Menge Menschen die Erhaltung der Gesundheit ja sogar die Erhaltung des Lebens zu verdanken haben.)

— Die Theilnehmer am VIII. internationalen Congress für Hygiene und Demographie (vom 1.—9. September) geniessen auf ungarischen und italienischen Bahnen bedeutende Fahrpreisermässigungen. So wird der Reisende auf den ungarischen Staatsbahnen gegen ein Billet 3. Classe in der 2. Classe befördert. Die Vergünstigungen werden nur den Besitzern von Congresskarten, die als Legitimation dienen, gewährt. Die Congresskarten versendet gegen Einsendung von 17 Mk. Professor Koloman Müller, Pest, Rochusspital. Der Preis der Damenkarten beträgt 8½ Mk. Auch die Damenkarten berechtigen zum Bezuge der ermässigten Eisenbahnfahrkarten.

— Prof. Dr. Köbner und Prof. Dr. O. Lassar sind zu Vicepräsidenten des nächstjährigen, in London tagenden internationalen Dermatologen-Congresses ernannt.

— In allen gerichtlichen Entmündigungssachen wird seitens der Gerichte eine Abschrift des ärztlichen Gutachtens an den Regierungspräsidenten eingesandt. Da für die wissenschaftliche Beurtheilung dieser Gutachten durch die Provinzial-Medicinalcollegien die Protokolle über die Vernehmung des zu Entmündigenden eine werthvolle, in vielen Fällen sogar eine unentbehrliche Unterlage bilden, so hat der preussische Justizminister durch allgemeine Verfügung vom 8. dieses Monats bestimmt, dass in Zukunft stets den Mittheilungen der ärztlichen Gutachten an die Regierungspräsidenten eine Abschrift des über die persönliche Vernehmung des zu Entmündigenden aufgenommenen Protokolls beigefügt werden soll. Hat eine solche Vernehmung nicht stattgefunden, so soll dies unter Angabe der Gründe, welche hierfür maassgebend gewesen sind, in dem Uebersendungsschreiben ausdrücklich vermerkt werden.

— Von deutschen Städten über 40,000 Einwohner hatten in der 32. Jahreswoche, vom 5. bis 11. August 1894, die grösste Sterblichkeit Rixdorf mit 60,1, die geringste Sterblichkeit Remscheid mit 12,7 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner. Mehr als ein Zehntel aller Gestorbenen starb an Masern in Wiesbaden; an Diphtherie und Croup in Gera.

(Universitäts-Nachrichten.) **Berlin.** Der Privatdocent für gerichtliche Medicin, Dr. Fritz Strassmann wurde zum a. o. Professor ernannt. — **Breslau.** An Stelle des nach Leipzig berufenen Prof. Soltmann ist Dr. A. Czerny, Privatdocent an der deutschen medicinischen Facultät in Prag, zum Professor für Kinderheilkunde ernannt worden. Da Prof. Soltmann in einem privaten Kinderhospital unterrichtete, dessen Leitung nicht auf Soltmann's Nachfolger übergeht, so wird in Breslau eine Universitäts-Poliklinik und Klinik für Kinder errichtet, die schon mit Beginn des nächsten Semesters eröffnet werden wird.

(Todesfälle.) Am 21. ds. hat in Berlin ein strebsamer junger Münchener Arzt, Dr. Adolf Messner, seinem Leben durch Suicidium ein Ende gemacht. Die Gründe für die unglückselige That sind nicht bekannt. Der Verstorbene war ein fleissiger Arbeiter auf seinem Specialgebiete, der Chirurgie; unsere Wochenschrift verliert in ihm einen geschätzten Mitarbeiter.

Ebenfalls durch Selbstmord endete am 23. ds. der verdiente Gründer und langjährige Leiter der Wiener freiwilligen Rettungsgesellschaft, Baron Jaromir v. Mundy.

Personalnachrichten.

Bayern.

Ernannt. Der praktische und Krankenhausarzt Dr. med. Otto Wolf von Neuötting zum Bahnarzt in Deggendorf.

Gestorben. Dr. Hermann Müller, prakt. Arzt in Teisendorf; Dr. Adolf Messner, prakt. Arzt in München.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 33. Jahreswoche vom 12. bis 18. August 1894.

Betheil. Aerzte 375. — Brechdurchfall 47 (73*), Diphtherie, Croup 35 (28), Erysipelas 14 (14), Intermittens, Neuralgia interm. — (—), Kindbettfieber — (—), Meningitis cerebrospin. — (—), Morbilli 5 (9), Ophthalmo-Blennorhoea neonatorum 6 (5), Parotitis epidemica 4 (2), Pneumonia crouposa 12 (11), Pyaemie, Septicaemie — (1), Rheumatismus art. ac. 19 (11), Ruhr (dysenteria) — (—), Scarlatina 10 (4), Tussis convulsiva 73 (11), Typhus abdominalis — (—), Varicellen 6 (8), Variolois — (—). Summa 231 (257). Medicinalrath Dr. Aub.

Uebersicht der Sterbfälle in München

während der 33. Jahreswoche vom 12. bis 18. August 1894.

Bevölkerungszahl 390,000.

Todesursachen: Pocken — (—*), Masern 1 (—), Scharlach — (—), Rothlauf — (1), Diphtherie und Croup 8 (6), Keuchhusten 11 (3), Unterleibstyphus — (—), Brechdurchfall 11 (6), Ruhr — (—), Kindbettfieber — (—), Croupöse Lungenentzündung 3 (3), Genickkrampf — (—), Blutvergiftung 2 (—), Acut. Gelenkrheumatismus 1 (—), andere übertragbare Krankheiten 1 (1).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 208 (145), der Tagesdurchschnitt 29,7 (20,7). Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 27,7 (19,3), für die über dem 1. Lebensjahre stehende Bevölkerung 12,0 (10,4), für die über dem 5. Lebensjahre stehende 9,2 (10,8).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.